21

DOCUMENTS
DE RECHERCHE

SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Un problème de distance culturelle

GINETTE PAQUET

iqrc

SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Un problème de distance culturelle

« Documents de recherche » no 21

SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Un problème de distance culturelle

Ginette Paquet

1989
INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE SUR LA CULTURE

90-01967/

Données de catalogage avant publication (Canada)

Paquet, Ginette

Santé et inégalités sociales: un problème de distance culturelle

(Documents de recherche; no 21).

ISBN 2-89224-129-4

1. Santé - Aspect social. 2. Santé, Services communautaires de - Québec (Province) - Aspect social. 3. Attitudes à l'égard de la santé - Québec (Province). I. Institut québécois de recherche sur la culture. II. Titre. III. Collection: Documents de recherche (Institut québécois de recherche sur la culture); no 21.

RA418.3.C35R36 1989 362.1'042'09714 C89-096191-3

Cet ouvrage a été réalisé dans le cadre d'un stage à l'Institut québécois de recherche sur la culture, sous la direction de monsieur Fernand Dumont, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Conception graphique de la couverture: Norman Dupuis

ISBN 2-89224-129-4
Dépôt légal, 2e trimestre 1989 — Bibliothèque nationale du Québec
© Tous droits réservés

Distribution:
Diffusion Prologue Inc.
2975, rue Sartelon, Ville Saint-Laurent
Québec H4R 1E6 — (514) 332-5860

Institut québécois de recherche sur la culture
14, rue Haldimand, Québec G1R 4N4 — (418) 643-4695

À la mémoire de mon père,
Jules Paquet

Table des matières

Tableaux et figure 11

Remerciements 13

INTRODUCTION 15

CHAPITRE 1
SANTÉ, MALADIES, MILIEUX SOCIAUX 19

Bilan: un constat d'inégalité d'accès à la santé 19
Les déterminants socio-économiques 24
L'environnement socio-économique et les habitudes de vie 27
La répartition de la richesse économique et les conditions de vie 34
Les déterminants socio-culturels 36

CHAPITRE 2
SANTÉ ET MALADIE DANS LA CULTURE POPULAIRE 53

Les particularités de la culture populaire 53
Les valeurs fondamentales 55

Les rapports au sein de la culture populaire: la famille et le voisinage 58
Les rapports avec le monde des « autres » 62
Les attitudes populaires face à la maladie et à la santé 66
Les représentations de la santé et de la maladie du milieu populaire 69

CHAPITRE 3
LE SYSTÈME DE SANTÉ: ACTEURS ET CULTURE 77

Les représentations de la santé et de la maladie des intervenants et leur influence sur la clientèle 78
Les difficultés de l'interprétation 84
La relation thérapeutique 84
La vulgarisation scientifique: résultats d'études 87
L'organisation institutionnelle des services de santé 94
L'institutionnalisation de la « santé totale » 95
Le mode de fonctionnement de l'institution médicale: le modèle causaliste 98
La professionnalisation des services de santé 100
Les obstacles à l'éducation sanitaire en milieu populaire 103

CONCLUSION 107

Notes 111

Tableaux

1. Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles suivant la classe sociale: 1870-1972 41
2. Indicateurs de santé par secteur de résidence, 1981 42
3. Comparaison de l'espérance de vie dans les zones de Montréal, en 1976, avec celle du Canada (diverses années) et celle des autres pays vers 1975 43
4. Habitudes de vie par secteur de résidence, 1981 45
5. Répartition du revenu des ménages selon le quintille de revenu 1951-1984 46
6. Revenu familial fourni par l'aide sociale et seuils de pauvreté, 1986 47
7. Indicateurs des inégalités sociales en matière de santé: caractéristiques des milieux socio-économiquement défavorisés 48
8. Principaux facteurs sociaux susceptibles d'avoir une influence sur les indicateurs de l'état de santé 49
9. Principaux facteurs sociaux influençant les habitudes de vie déterminantes pour la santé 50

Figure

1. Le modèle écologique de la santé 26

Remerciements

Je désire d'abord témoigner ma gratitude à monsieur Fernand Dumont, le directeur de ma recherche, professeur titulaire au Département de sociologie de l'Université Laval et président de l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC). Par ses conseils judicieux, son appui indispensable, sa disponibilité et son accueil au sein de l'IQRC dans le cadre d'un stage, il a largement contribué à la réalisation de cette étude.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance à monsieur Michel-Y. Pelletier, de même qu'à mesdames Marie Plante et Monique Séguin, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui ont facilité l'accomplissement de mes travaux de recherche en me relevant, pendant une certaine période, de mes obligations habituelles.

Je remercie madame Louise Gauthier qui m'a généreusement donné accès au centre de documentation de l'IQRC. Enfin, à madame Ghislaine Marois qui s'est chargée du travail de traitement de texte à l'IQRC, mes sincères remerciements pour sa précieuse collaboration et la patience avec laquelle elle m'a soutenue.

Introduction

Le système de santé du Québec est fréquemment cité en exemple pour l'universalité et la gratuité de ses programmes, de même que pour l'originalité de certaines de ses composantes. La plupart des barrières financières à l'accessibilité aux services de santé ont été abolies et l'on a mis sur pied un réseau de programmes de santé et de services communautaires unique en son genre. Ce réseau se compose de trente-deux départements de santé communautaire (DSC) et d'environ cent cinquante centres locaux de services communautaires (CLSC). Ces établissements regroupent une multitude d'intervenants ayant pour mission de mettre en oeuvre des programmes ou des services de prévention, de protection et de promotion de la santé.

Une question primordiale demeure néanmoins sans réponse satisfaisante. En dépit d'une large diffusion d'informations et de l'instauration de nombreux programmes préventifs, on cherche toujours à expliquer le maintien et même l'accroissement des inégalités sociales en matière de santé. Des études épidémiologiques récentes confirment l'existence de disparités sociales en termes de morbidité et d'espérance de vie. On observe également des variations, selon le niveau socio-économique, en ce qui a trait aux habitudes de vie déterminantes de la santé. Soulignons que les modes de vie jouent un rôle prépondérant dans l'incidence et la prévalence des maladies contemporaines: par exemple, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les traumatismes reliés aux accidents de la route sont associés à des habitudes de vie.

Plusieurs programmes ont pourtant été mis sur pied dans le but de susciter l'adoption d'habitudes de vie saines: bonne alimentation, abstention du tabac et de la drogue, activité physique, modération dans l'usage de l'alcool, port de la ceinture de sécurité, etc. On a tenté de modifier les connaissances, les croyances et les attitudes afin de changer les comportements. L'action de l'éducation sanitaire consiste en effet dans l'acquisition de connaissances, dans la modification de croyances et d'attitudes, dans l'acquisition d'habiletés, dans le renforcement ou le maintien des habitudes de vie. Cependant, l'efficacité de ces programmes est remise en question lorsque l'on constate que les clientèles des milieux socio-économiquement faibles s'avèrent les moins sensibles aux services préventifs. En ce sens, des enquêtes récentes portant sur la modification des habitudes de vie révèlent une corrélation positive entre un environnement socio-économique aisé et l'adoption de modes de vie sains.

La préoccupation pour la santé serait-elle moins présente dans les milieux populaires? Je postule plutôt que le problème de l'éducation à la santé dans les classes populaires est lié au genre de vie et surtout à la représentation du genre de vie que les gens se font, donc à un ensemble d'attitudes et de préoccupations. Ainsi, dans le cadre de cette étude, je me placerai du point de vue de la culture pour aborder les inégalités sociales relatives à la santé. De sorte que l'étude des facteurs socio-culturels qui interviennent dans le dialogue préventif et curatif, entre les professionnels de la santé et les classes populaires, constituera l'essentiel de la présente réflexion. Comme toile de fond à ma recherche, je formule les deux hypothèses suivantes:

— Premièrement, de la culture populaire émergent des attitudes et des représentations de la santé et de la maladie qui sont les plus éloignées de celles des milieux de la santé;

— Deuxièmement, plus la médecine et les services de santé s'institutionnalisent, plus ils s'éloignent de la culture populaire.

Dans un premier chapitre, je dresserai, à partir de diverses études, enquêtes et rapports, un bilan des constatations relatives aux disparités sociales dans le domaine de la santé. Je proposerai également une courte synthèse de deux types de déterminants sociaux: les facteurs économiques et les facteurs culturels. Dans le deuxième chapitre, je traiterai de certaines particularités de la

culture populaire dans le but de déduire les attitudes à l'égard de la santé et de la maladie et les représentations qui en découlent. Quant au dernier chapitre, il examinera la distance culturelle qui sépare le système de santé du milieu populaire. À cette fin, je présenterai l'influence de la culture des intervenants et de leurs représentations de la santé et de la maladie sur la clientèle des classes populaires, les difficultés de l'interprétation, l'organisation institutionnelle des services de santé et, pour terminer, je ferai ressortir les obstacles à l'éducation sanitaire propres au milieu populaire.

Dans le cadre de cette recherche, j'utiliserai des sources de données secondaires diversifiées, c'est-à-dire des études, des rapports de recherche, des enquêtes, des articles, des ouvrages, etc.

Je compte aussi puiser à même mon expérience du secteur de la santé, de même qu'à celle du style de vie des classes populaires. Il me paraît utile de présenter très succinctement cette expérience. À mes débuts dans le domaine de la santé communautaire, en 1977, j'agissais comme hygiéniste dentaire à l'emploi du Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement. J'étais alors confrontée quotidiennement aux importantes disparités en matière de santé qui prévalent entre la haute-ville et la basse-ville de Québec. Pendant ma période d'emploi à ce département de santé communautaire, j'étais également membre du bureau administratif de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec. Puis, quelques années plus tard, tout en poursuivant des études en santé communautaire et en sociologie, je suis entrée au service du ministère de la Santé et des Services sociaux. La fonction d'agente de recherche et de planification en promotion de la santé m'a amenée, dans le cadre de différents programmes ministériels de promotion de la santé, à travailler avec de nombreux intervenants répartis dans des établissements de santé communautaire à l'échelle du Québec. En plus d'avoir appartenu moi-même à un milieu populaire, j'ai été membre du conseil d'administration d'un organisme bénévole oeuvrant dans le secteur de la santé communautaire.

La présente recherche sera donc de type exploratoire et aura comme but de circonscrire le problème des inégalités sociales de santé en tant que l'expression d'une distance culturelle. Je souhaite que ma modeste réflexion contribue à une meilleure compréhension

du dialogue qui se déroule entre les intervenants de la santé et les gens de culture populaire ; et j'espère que cet état de question pourra engager à de nouvelles recherches empiriques.

CHAPITRE 1

Santé, maladies, milieux sociaux

Dans ce chapitre, j'examinerai les divers aspects sociaux de l'inégalité d'accès à la santé. À cette fin, je dresserai un bilan des différentes constatations effectuées à ce sujet. Comme les facteurs socio-culturels constituent l'objet principal de ma réflexion, j'isolerai ces facteurs des autres déterminants en procédant à des réductions successives. Je mettrai d'abord de côté les facteurs liés à la personnalité pour m'attarder aux déterminants sociaux, dont je distinguerai deux types: les facteurs économiques et les facteurs culturels. Ce cheminement devrait me conduire à la mise en évidence des facteurs culturels qui constituent des obstacles d'accessibilité à la santé.

BILAN: UN CONSTAT D'INÉGALITÉ D'ACCÈS À LA SANTÉ

Depuis le milieu des années 1970, au Québec et ailleurs, on assiste à une remise en question portant sur des aspects fondamentaux des systèmes de santé et de services sociaux. On s'interroge quant à l'aptitude des systèmes à atteindre les objectifs fixés et quant au maintien des inégalités sociales malgré le déploiement important de services et de programmes. Cette remise en cause s'est traduite dans un certain nombre de textes ou rapports: *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, en 1974; le rapport américain *Healthy People* en 1979; de Grande-Bretagne, le *Black Report* en 1980; le Comité d'étude sur la promotion de la santé, du Conseil des

Affaires sociales et de la Famille, publie son rapport *Objectif: Santé* en 1984; l'Organisation mondiale de la santé produit *Les buts de la santé pour tous* en 1985; le ministre fédéral Jack Epp reprend le même thème en 1986 dans son document intitulé *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé.*

Une constante se dégage de ces études: des inégalités importantes continuent d'exister dans les domaines de la santé et du bien-être. À son tour, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), mise sur pied en 1986 par le Gouvernement du Québec, identifie des problèmes d'équité dans le domaine de la santé et du bien-être. Dans l'un de ses rapports préliminaires, elle mentionne les indices suivants[1]:

— dans certains quartiers défavorisés de Montréal, l'espérance de vie à la naissance est de 13 ans inférieure à celle qui prévaut dans les quartiers les plus riches;

— les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans se situent à 1,8 % chez les directeurs et gérants d'entreprises et à 40 % chez les travailleurs des industries primaires;

— quel que soit l'indicateur de mortalité retenu (mortalité infantile, mortalité par accidents, espérance de vie), le Nord et les régions périphériques du Québec sont toujours les plus vulnérables et les régions du Sud les plus épargnées;

— entre francophones, anglophones et allophones du Québec, on enregistre des écarts d'espérance de vie à la naissance allant jusqu'à plus de 7 ans chez les hommes et à plus de 4 ans chez les femmes;

— la mortalité des Inuit du Nouveau-Québec est deux fois supérieure à celle de l'ensemble des Canadiens.

L'enquête Santé Québec menée tout au long de l'année 1987 auprès de 13 700 ménages nous indique que

> les plus pauvres et les moins scolarisés semblent nettement défavorisés quel que soit le phénomène envisagé. Ils cumulent les plus mauvaises habitudes de vie, le plus grand nombre de problèmes de santé et les plus incapacitants de même que la plus forte consommation de médicaments (notamment de tranquillisants). [...] Ils semblent plus soumis au stress et ce de façon plus perturbante que l'ensemble de la population[2].

Au Québec, quinze ans après l'instauration de l'assurance-maladie et la mise sur pied de plusieurs réformes, la persistance des inégalités et même l'accroissement des disparités soulèvent des questions[3]. Notre régime universel de santé et de services sociaux, bien qu'il cherche à égaliser l'accès aux services, n'arrive pas à égaliser l'état de la santé entre les classes sociales[4]. Ce même constat a été effectué en Angleterre, en dépit du fait que dans ce pays le régime universel de services de santé remonte à 1949. (Voir Tableau 1).

Les groupes économiquement défavorisés ont une espérance de vie moindre que les groupes à revenu élevé, de même qu'une plus courte espérance de vie en bonne santé. De plus, les gens à faible revenu risquent davantage de mourir par suite de chutes accidentelles, de maladies respiratoires chroniques, de pneumonie, de tuberculose et de cirrhose du foie. Ils sont davantage exposés à certaines maladies (troubles mentaux, hypertension, affections articulaires) et à certains risques (tabac, alcool, sédentarité)[5].

Il existe une interaction constante entre la santé et la pauvreté. En 1980, la probabilité de souffrir d'une restriction de ses activités était cinq fois supérieure pour un homme appartenant au groupe des revenus les plus faibles, comparé à un homme du même âge mais appartenant au groupe des revenus les plus élevés[6].

Un nombre impressionnant d'études font état des inégalités flagrantes de santé qui existent entre les différentes catégories socio-professionnelles. Selon les données de l'enquête Santé Canada, les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans sont les suivants: 1,8 % chez les directeurs, administrateurs et gérants d'entreprises; 3,5 % chez les professionnels, enseignants, médecins; 4,9 % chez les employés; 14 % chez les ouvriers; 39 % chez les agriculteurs, pêcheurs et bûcherons[7].

On retrouve des disparités semblables entre les secteurs d'une agglomération urbaine. Les taux de mortalité attribuables aux maladies cardio-vasculaires, au cancer et aux accidents sont sensiblement plus élevés dans les quartiers défavorisés de Montréal que dans les quartiers aisés. On observe un écart de neuf ans entre l'espérance de vie pour le quartier Saint-Henri/Petite-Bourgogne et le quartier Westmount. Ces écarts ne seraient pas sur le point de se

résorber; ils augmenteraient. De 1961 à 1976, l'espérance de vie dans les quartiers aisés de Montréal a augmenté de 2,6 ans, pendant qu'elle ne progressait que de 0,3 an dans la basse-ville. Quant à l'espérance de vie en bonne santé elle est de onze ans supérieure pour un résident de Westmount, comparativement à un résident de Saint-Henri[8]. En ce qui a trait à la morbidité, à la prévalence des naissances de bébés de petit poids, aux problèmes chroniques de santé physique et mentale, ils sont plus élevés dans les milieux défavorisés. (Voir Tableau 2). Alors que dans l'ensemble du Québec les naissances de bébés de faible poids diminuent, une étude du CLSC Basse-ville de Québec indique qu'elles augmentent sur son territoire[9].

On a par ailleurs observé d'importantes disparités régionales au Québec. L'analyse de l'interaction entre neuf catégories d'indicateurs (activité économique, niveau d'instruction, niveau de revenus, qualité du logement, sédentarité, qualité de l'éducation et de la culture, criminalité, mésadaptation sociale et état de santé) appliquée à une région particulière du Québec a révélé l'existence de deux types de population: une population en croissance et une population en décroissance démographique, sociale et économique. Chez cette population en décroissance, on observe que l'espérance de vie a diminué entre 1971 et 1981 dans les régions les plus affectées[10].

À en croire certaines recherches, l'inégalité sociale devant la maladie et devant la mort serait demeurée la même depuis la fin du siècle dernier. Contrairement à ce que l'on pensait lors des grandes réformes de la santé de l'après-guerre, la mise en place d'un système de santé universel et gratuit aurait donc eu vraisemblablement peu ou pas d'effet sur la mortalité différentielle[11].

Le lien entre l'état de santé et le niveau social est évident, lorsque l'on considère les problèmes déclarés par les gens de la couche socio-économique la plus faible lors de l'enquête Santé Canada. Ces personnes semblent plus affectées par la maladie et déclarent plus souvent les problèmes suivants: troubles mentaux, maladies cardiaques, bronchite et emphysème, troubles visuels, diabète, arthrite et rhumatisme, hypertension et problèmes auditifs. Ce qui caractérise les classes les plus favorisées, ce sont les accidents et blessures, de même que la fièvre des foins. L'étude conclut: « Il

ressort clairement que les personnes peu instruites, appartenant aux couches socio-économiques défavorisées, jouissent en général d'une moins bonne santé que les gens les plus fortunés et instruits[12]. »

L'utilisation moindre des services de santé gratuits par les pauvres a été démontrée par un indice qui tient compte du nombre de visites et de la morbidité. L'augmentation de l'accessibilité des services et la disparition des barrières financières ont contribué à augmenter le recours aux services de soins chez les pauvres. Mais il persiste des différences quant au moment de consultation (plus tardif) et quant au lieu de consultation (urgence des hôpitaux)[13].

De plus, la perception des symptômes reste différente; l'attitude des plus pauvres face aux professionnels, en particulier les médecins, serait plus passive et plus dépendante. Quant aux services de prévention, il est établi que les pauvres y recourent encore moins. Les plus démunis consultent davantage aujourd'hui qu'il y a dix ans (services curatifs ou préventifs); toutefois, des différences persistent dans l'utilisation des services de santé par les plus démunis, à leur détriment[14].

Plusieurs pays industrialisés se préoccupent de réduire les inégalités quant à la santé. Au bureau régional européen de l'OMS, la stratégie mondiale de « Santé pour tous en l'an 2000 » a été bâtie en fonction de l'inégalité devant la santé. Au Canada, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, proposait en 1986 un plan d'ensemble pour la promotion de la santé avec comme premier défi la réduction des inégalités entre les groupes de citoyens[15]. De même, la ville de Toronto a fait de la réduction des inégalités sociales un défi de santé publique.

Dans le domaine de la recherche, la corrélation entre la pauvreté et la santé demeure un thème important. Nombre d'études ont permis de constater que les risques à tout âge, et pour presque toutes les causes importantes de décès, sont très différents selon les milieux socio-économiques. Au Québec, les travaux de Loslier[16] tendent à démontrer la spécificité du comportement des groupes socio-économiques homogènes en ce qui a trait aux causes de mortalité. Une recherche portant sur le grand Montréal a également permis de le constater[17]. (Voir Tableau 3).

L'importance des liens entre l'environnement social, le revenu et la santé, ne fait plus de doute. Un nombre impressionnant d'études ont souligné, au Québec comme ailleurs, les écarts de santé qui existent entre certains groupes de population qui diffèrent par la culture, le niveau d'instruction ou l'occupation. Ces écarts de santé persistent d'ailleurs dans le temps alors que les maladies en cause ont changé[18]. Les populations pauvres sont souvent peu scolarisées, sans travail, en mauvaise santé, obligées de vivre dans des logements insalubres ou inadéquats, privées de conditions essentielles à une intégration minimale à la société et de toute participation aux progrès. La pauvreté commence là où les manques d'instruction, de culture, de travail reconnu, d'avantages sociaux et de salaire, de logement digne de ce nom, de santé, de pouvoir politique et syndical sont inextricablement emmêlés. C'est donc un milieu qui cumule la triple absence d'avoir, de pouvoir et de savoir reconnus. Les contraintes sociales, économiques et politiques s'y manifestent de façon aiguë[19].

Au terme de ce court bilan, nous constatons qu'en dépit de la mise sur pied de nombreux programmes et services de santé dépourvus de contraintes financières, d'importantes inégalités sociales persistent et même s'accentuent. Il importe alors d'identifier les déterminants sociaux en cause. C'est pourquoi nous allons maintenant les isoler, en oubliant volontairement les facteurs d'ordre personnel*.

Deux types de déterminants sociaux retiendront notre attention: les facteurs économiques et les facteurs culturels.

LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Nous méconnaissons encore les véritables causes sociales de la plupart des problèmes de santé. Les recherches épidémiologiques essaient surtout d'identifier des facteurs de risque et reconnaissent l'origine multifactorielle d'un bon nombre de maladies actuelles[20].

---

* J'ai synthétisé les différents indicateurs des inégalités sociales en matière de santé et les facteurs sociaux qui y contribuent à l'aide de tableaux reportés à la fin de ce premier chapitre.

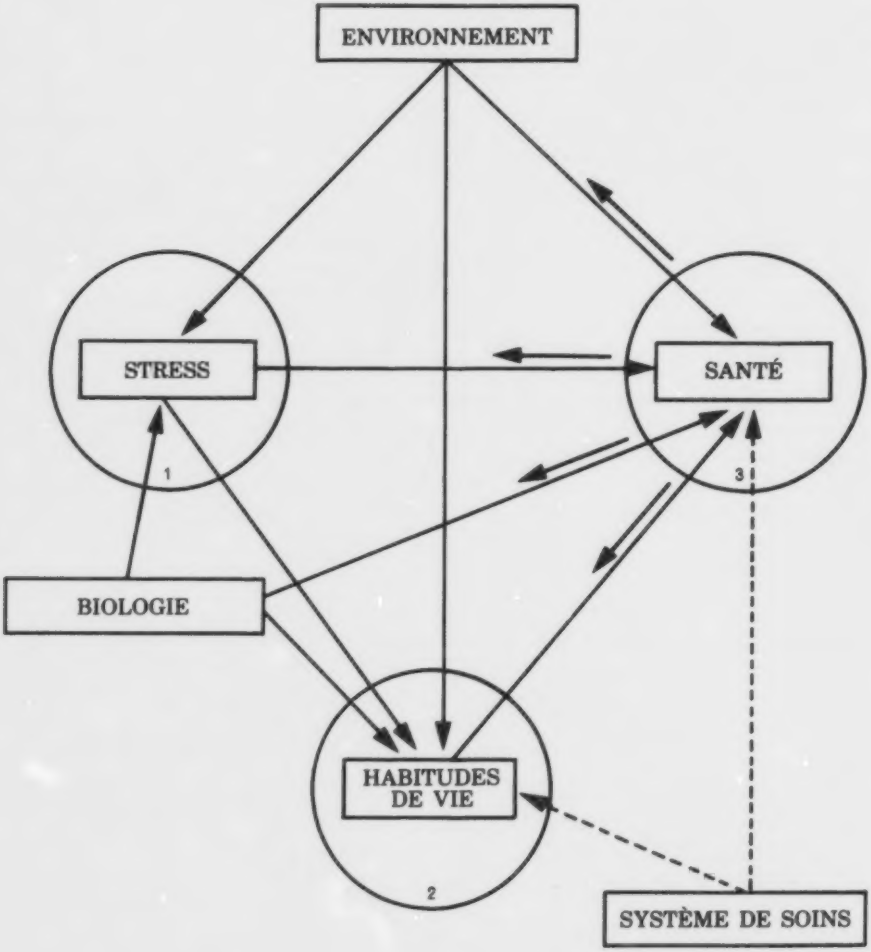
Deux ouvrages[21] proposent l'approche écologique de la santé comme illustration de l'importance et de la diversité des différents déterminants de la santé, ainsi que la façon dont ils interagissent. Dans ce cadre conceptuel, le stress apparaît comme le déterminant se rapportant au processus d'adaptation de l'individu à son environnement. Le stress serait un facteur charnière entre la santé physique et mentale, les habitudes de vie et l'environnement physique et social. Le stress se manifeste lorsqu'un individu doit réagir à une situation contraignante sans être en mesure de la surmonter ou d'être certain de pouvoir le faire[22]. Les déterminants agissent en interaction et le stress joue un rôle dans toute la dynamique de la santé. (Voir Figure 1). Le degré de tolérance au stress dépend notamment du sentiment de contrôle potentiel qu'a l'individu sur ses sources de stress et sur ses propres capacités d'adaptation.

Or, les travaux sur l'incidence de ce qu'on appelle les événements stressants de la vie mettent en évidence un plus grand nombre de ces événements ou situations qui demandent des changements et des adaptations pour les individus des milieux défavorisés. Des états de stress chroniques vont souvent de pair avec une série de comportements identifiés comme des habitudes de vie constituant des risques pour la santé: consommation excessive de cigarettes et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires, consommation abusive de médicaments, etc.[23].

La vulnérabilité au stress est en premier lieu associée à l'état de santé de l'individu, c'est-à-dire à la présence ou à l'absence de restrictions permanentes d'activités et, par la suite, à des événements très difficiles à vivre. Quant au score de bonne santé mentale, il est à son meilleur chez les professionnels, les enseignants, les médecins et les chefs d'entreprise. Les ouvriers, les travailleurs du secteur primaire ont une moins bonne santé mentale, tout comme les hommes appartenant aux groupes de revenus les plus faibles et les hommes séparés ou divorcés.

FIGURE 1

Le modèle écologique de la santé



Source: CASF, *Le point sur les habitudes de vie : l'approche écologique*, Gouvernement du Québec, 1985, p. 6.

L'environnement socio-économique et les habitudes de vie

L'une des stratégies d'adaptation face à des situations de stress trop intenses ou prolongées est l'utilisation de moyens tels que l'alcool, le tabac, les médicaments psychotropes, surtout lorsque l'individu se sent impuissant face à ces situations, et manque de confiance dans ses capacités d'adaptation[24].

Le tabac

Depuis 1965, le pourcentage des fumeurs au Québec est en constante diminution. Cette tendance est surtout le fait des hommes, même jeunes. On trouvait 44,9 % de fumeurs chez les hommes en 1981, alors que 64,2 % d'entre eux fumaient de façon régulière en 1965. La tendance n'est pas du tout la même chez les femmes: la proportion de fumeuses régulières n'a pas ou peu diminué pendant cette période et se situe aux alentours de 33 %. Cette baisse du nombre de fumeurs s'est accompagnée d'une hausse de la consommation individuelle: les gens qui continuent ou qui se mettent à fumer fument donc chacun en moyenne davantage de cigarettes; en 1970, un fumeur régulier consommait chaque jour environ 20,9 cigarettes. Ce chiffre est passé à 26,2 en 1981.

Succinctement, voici quelques déterminants sociaux caractéristiques de la consommation de cigarettes[25]:

- la consommation quotidienne de cigarettes est fortement liée au statut social et aux conditions de travail. Le chômage influence à la hausse;
- les directrices d'entreprises et les ouvrières fument sensiblement plus que la moyenne des femmes;
- les professionnelles, les enseignantes et les médecins ont la plus faible consommation de cigarettes parmi les femmes sur le marché du travail;
- les femmes séparées, divorcées ou veuves consomment un nombre élevé de cigarettes;
- les divorcés et les séparés consomment quotidiennement le plus grand nombre de cigarettes;

— les francophones sont nettement plus nombreux à fumer régulièrement que les anglophones;

— les moins instruits fument plus régulièrement. Mais les universitaires masculins qui fument sont ceux qui consomment le plus grand nombre de cigarettes;

— les chômeurs fument davantage que ceux qui ont un emploi. Chez les hommes ce sont les ouvriers et les employés qui fument le plus régulièrement[26].

Parmi les fumeurs réguliers de sexe masculin, ceux qui consomment quotidiennement le plus de cigarettes sont les gens occupant des postes de direction, de gérance et d'administration; en deuxième lieu, les ouvriers; en troisième, les employés.

Les personnes qui exercent peu de maîtrise sur leur environnement, celles qui ont des conditions de vie plus difficiles ont en général plus de difficulté à cesser de fumer[27].

L'alcool

Comme la consommation de cigarettes, la consommation d'alcool semble correspondre à une stratégie d'adaptation aux problèmes de stress et elle comporte des déterminants sociaux.

Les personnes séparées, veuves ou divorcées boivent sensiblement plus que les personnes mariées ou célibataires de mêmes caractéristiques. L'effet du statut matrimonial est particulièrement significatif chez les femmes. L'accession des femmes à un statut social élevé et à un certain niveau de vie influence sensiblement à la hausse la consommation moyenne de vin chez une population. L'atteinte du niveau universitaire chez les femmes correspond à une augmentation de la consommation moyenne d'alcool.

Les hommes sont les principaux consommateurs de boissons alcooliques. La probabilité d'être un grand buveur est chez les hommes 6,5 fois plus élevé que chez les femmes. Les grands buveurs ne se répartissent pas uniformément dans toutes les couches de la société. Ils se caractérisent plutôt par le manque de maîtrise de leur environnement. Parmi les catégories professionnelles, les grands buveurs se concentreraient surtout chez les ouvriers, les chômeurs,

les personnes séparées et divorcées et les femmes instruites qui occupent des postes supérieurs; jeunes, ils sont plus vulnérables[28].

Les personnes qui boivent régulièrement de l'alcool et celles qui en boivent de grandes quantités ne sont pas nécessairement les mêmes. La population de buveurs réguliers augmente avec le statut dans l'échelle sociale, mais les grands buveurs se retrouvent chez les jeunes, les séparés ou divorcés, les chômeurs ou employés[29]. L'alcool sert de mécanisme de compensation, tout comme le tabac.

L'activité physique

Un style de vie sédentaire est considéré comme un facteur de risque de maladies coronariennes. Même si son importance n'est pas aussi grande que celle d'autres facteurs (hypertension, tabagisme), un nombre important d'études à grande échelle ont permis d'isoler l'inactivité physique comme facteur de risque alors que l'activité physique apparaît comme facteur protecteur contre la maladie coronarienne[30]. Par ailleurs, des études épidémiologiques ont démontré que l'activité physique accrue avait des effets bénéfiques sur d'autres habitudes de vie: l'alimentation, le tabagisme et l'usage de l'alcool. Des différences importantes ont été notées dans les attitudes, les comportements et les niveaux de condition physique et de santé, des personnes actives et des personnes sédentaires. Les traits qui suivent caractérisent les personnes actives:

— appréciation de l'activité physique;
— abstention de fumer;
— surveillance de son poids;
— prises régulières d'un petit déjeuner substantiel;
— 7 à 8 heures de sommeil;
— condition cardio-vasculaire meilleure;
— plus grande flexibilité;
— endurance et force musculaire supérieures;
— état de bien-être émotif plus caractérisé[31].

De plus, la pratique régulière d'une activité physique bonifie un certain nombre d'indicateurs de santé mentale: image de soi plus positive; sentiment de bien-être accru; réduction du niveau d'anxiété; amélioration des habitudes de sommeil; taux moins élevé de dépression.

L'indice de pratique de l'activité physique est influencé par différents facteurs sociaux:

— il est plus fort chez les hommes que chez les femmes;

— le niveau d'instruction élevé chez les hommes influence à la hausse, de même que le célibat;

— les gens mariés et surtout les femmes ont l'indice d'activité physique plus faible;

— les chômeuses et les femmes à la maison ont un indice d'activité physique faible;

— la durée et la pénibilité physique du travail des hommes influencent négativement;

— les agriculteurs, les pêcheurs, les bûcherons ou les ouvriers et les directeurs et gérants d'entreprise forment les catégories de travailleurs ayant l'indice le plus faible; ils s'adonnent aussi à la plus forte consommation de tabac;

— les femmes anglophones ont un indice plus élevé[32].

La consommation de médicaments[33]

La consommation varie selon les facteurs sociaux suivants:

— les femmes utilisent deux fois plus de tranquillisants et presque deux fois plus de stimulants et de vitamines que les hommes;

— les personnes mariées prennent moins de médicaments que les autres;

— les veufs et les veuves consomment presque deux fois plus de tranquillisants que la moyenne;

— les personnes vivant seules prennent davantage de vitamines que l'ensemble de la population;

— les groupes défavorisés ont une consommation de médicaments plus élevée, ils utilisent particulièrement les tranquillisants et les médicaments pour le coeur. Par contre, leur consommation de vitamines est moindre;

— un score élevé de bonnes habitudes de vie, fréquent chez les personnes scolarisées ou riches, est associé à une faible consommation de médicaments;

— les individus ayant un haut niveau de détresse psychologique, notamment les gens moins nantis ou moins instruits, prennent près de deux fois plus de tranquillisants que la moyenne.

Les comportements routiers

Les accidents de la route constituent la troisième cause de décès au Québec et la première chez les jeunes adultes. Les études de Dionne et celles d'un groupe de chercheurs de McGill font ressortir que ce sont les facteurs reliés aux comportements des conducteurs qui contribuent le plus à la fréquence des accidents: l'excès de vitesse, 95 %; la consommation d'alcool, 49 %; le dépassement interdit, 10 %; des défauts mécaniques, 28 % (le plus souvent des pneus défectueux)[34]. L'utilisation régulière de la ceinture de sécurité augmente avec la scolarité. Cette différence est plus marquée chez les hommes que chez les femmes[35].

L'environnement socio-économique et les comportements préventifs

Les comportements à risque et les habitudes de vie néfastes se répartissent inégalement dans la population. Les milieux socio-économiquement faibles cumulent davantage de risques que les milieux aisés. Une étude réalisée à la demande de la Commission Rochon[36] démontre que les milieux plus fortunés se distinguent par une proportion moindre de fumeurs, le port plus fréquent de la ceinture de sécurité, la pratique de l'activité physique durant les loisirs, l'auto-examen des seins plus fréquent et le petit nombre de grossesses chez les adolescentes. (Voir Tableau 4). Également, selon l'indice de saines habitudes de l'enquête Santé Québec, près de 63 % des personnes plus scolarisées ont les meilleures habitudes de vie. Les riches ont aussi de meilleures habitudes de vie que les pauvres[37].

Sur le plan régional, le Rapport Rochon souligne que les régions périphériques, les agglomérations de moins de 10 000 habitants et les régions rurales ont un indice supérieur aux autres régions du Québec en ce qui concerne les habitudes de vie néfastes. À titre d'exemple, la ceinture de sécurité y serait portée 45 % moins fréquemment que dans l'ensemble du Québec. Les hommes habitant ces régions courent un risque plus important de vivre des problèmes de santé occasionnés par le tabagisme et la consommation d'alcool; physiquement, ils sont moins actifs que les autres Québécois. Les femmes sont plus isolées socialement et elles subissent moins fréquemment un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus[38].

À partir de données tirées de l'enquête Santé Canada, voici les probabilités d'avoir subi un examen des seins par un professionnel, moins de deux ans avant l'enquête[39]: un niveau d'instruction supérieur influence positivement la probabilité (73 % études universitaires et 48 % études secondaires); les directrices ou gérantes d'entreprise ont une probabilité nettement supérieure d'y recourir (1,4 fois plus élevé) que les femmes à la maison. Les femmes anglophones y ont davantage recours. Pour le test Pap (dépistage du cancer du col de l'utérus), on obtient les mêmes conclusions. Selon les données de l'enquête Santé Québec, on remarque que plus les femmes sont scolarisées et bien nanties, plus elles pratiquent régulièrement l'auto-examen des seins.[40]

Les inégalités de santé: une mesure globale de l'impact de l'environnement socio-économique[41]

La probabilité moyenne de connaître une restriction permanente de ses activités est d'environ 7 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes. Cette probabilité augmente avec l'âge (onze fois plus chez les hommes). Elle est cinq fois plus élevée chez les hommes ayant les revenus les plus faibles[42].

L'interaction entre la santé et le niveau d'instruction semble plus faible que celle qui a trait aux revenus. Mais la probabilité moyenne de connaître une restriction permanente de ses activités est tout de même deux à trois fois plus élevée chez les gens ayant un niveau d'instruction secondaire que chez ceux de niveau collégial et universitaire. De plus, le risque d'avoir une santé compromise est

cinq fois plus faible chez les directeurs et gérants d'entreprise que chez les agriculteurs, pêcheurs ou bûcherons. Le risque de restriction permanente des activités est également inférieur chez les anglophones[43].

Chez les femmes, les probabilités moyennes de connaître une restriction permanente de leurs activités varient de la même façon que celles que l'on vient de voir chez les hommes; mais elles sont d'amplitude moindre. Car les femmes qui, pour des raisons de santé, ne peuvent rester sur le marché du travail, se déclarent alors femmes à la maison[44].

Plus récemment, Russel Wilkins identifiait quelques perspectives sociales à partir de l'enquête Promotion Santé Canada[45]. Il indiquait que l'état de santé et la qualité de vie (santé auto-évaluée, restriction d'activité, bonheur), sont au plus bas chez les pauvres, les personnes ayant un faible niveau d'instruction, les chômeurs, les personnes qui restent à la maison. Ils sont au plus haut chez les riches, les personnes détenant un diplôme universitaire et les professionnels-gestionnaires. Quant aux facteurs obésité, manque d'exercice, hypertension artérielle et sous-utilisation de la ceinture de sécurité, ils sont plus fréquents chez les personnes de bas niveau socio-économique. De plus, ces dernières sont davantage susceptibles de travailler dans des lieux où la cigarette est permise, d'avoir un conjoint qui fume, d'utiliser des médicaments et de donner naissance à des bébés de petit poids (moins de 2 500 grammes).

À son tour, l'indice de santé globale de l'enquête Santé Québec nous révèle que la probabilité pour une personne de se situer au bas de l'échelle de santé est reliée notamment à la pauvreté, à la présence d'événements stressants, à des habitudes de vie médiocres et à l'insatisfaction à l'égard de la vie sociale. Les femmes ont une probabilité plus grande d'avoir un mauvais état de santé et cette situation s'installe plus tôt chez elles que chez les hommes[46].

L'ensemble de ces résultats témoigne de l'importance des déterminants socio-économiques de la santé. Une politique de promotion de la santé devrait viser fondamentalement la réduction des inégalités. « Elle devrait ainsi se situer au-delà des programmes traditionnels d'éducation sanitaire et reconnaître dans ses actions

l'importance des milieux de vie comme source de risque ou, au contraire, de protection[47]. »

La répartition de la richesse économique et les conditions de vie

« En 1980, on estimait que les Canadiens les plus riches — qui composent 10 % de la population — disposent de près de 60 % de la richesse (revenus, actions, obligations, propriétés immobilières), tandis que les plus pauvres (40 %) se partagent 0,8 % de cette richesse[48]. » Certes, les programmes de sécurité du revenu ont contribué à diminuer l'incidence de la pauvreté, mais ils n'ont pas réussi à diminuer les inégalités. La pauvreté relative, la part du revenu total que détiennent les plus pauvres semble être restée remarquablement inchangée depuis l'après-guerre[49]. (Voir Tableau 5).

La pauvreté est le plus fréquemment définie de façon quantitative, en fonction du revenu, mais on peut aussi la définir par un processus d'exclusion politique, social et culturel des modes de vie « normaux » dans une société. Statistique Canada a défini un seuil quantitatif d'insuffisance: une personne est pauvre lorsqu'elle doit consacrer 58,5 % de son revenu (20 % de plus que la moyenne) aux besoins vitaux: nourriture, logement et vêtements. On ajuste ce seuil en fonction de la taille de la famille et du lieu de résidence. Au Canada, 15,8 % de la population vit sous ce seuil.

Depuis le début des années 1980, on observe, à la suite de la crise économique, une augmentation du nombre des pauvres, mais aussi un élargissement des catégories sociales les plus touchées. Une des causes principales des « nouvelles pauvretés » est la transformation du marché du travail. À côté du secteur traditionnel, caractérisé par une relative stabilité de l'emploi, une rémunération plus importante et une protection syndicale plus étendue, se développent des marchés marqués par la précarité des conditions de travail. Cette précarisation de l'emploi entraîne pour les travailleurs concernés des conditions de vie instables, l'isolement et l'inscription dans un processus de marginalisation tant économique que social[50].

Une enquête menée auprès des leaders d'opinion, réalisée par la firme américaine Hay Management Consultants, conclut à la possibilité d'un accroissement des écarts de revenus[51]. Les données compilées par l'hebdomadaire britannique *The Economist* montrent que ce n'est le cas qu'au Canada et aux États-Unis[52]. Dans ces deux pays les gains de productivité ne sont pas retournés, même en partie, aux travailleurs ce qui occasionnerait un accroissement plus élevé des écarts de revenus.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale s'est accru rapidement depuis la fin des années 1970, pour atteindre un sommet en 1984: à cette période, 412 882 ménages (691 632 personnes) dépendaient de l'aide sociale, soit deux fois plus qu'en 1975. Le lien avec la situation de l'emploi ressort nettement: le nombre de bénéficiaires aptes au travail a plus que triplé de 1975 à 1985. Une autre confirmation de ce lien est le jeune âge des bénéficiaires, particulièrement au moment de la récession de 1982-1983. En mars 1985, les jeunes de moins de 30 ans représentaient 42 % du total des bénéficiaires, au lieu de 6 % en 1975. La prépondérance des ménages dirigés par une femme parmi les ménages bénéficiaires de l'aide sociale témoigne par ailleurs du phénomène social de la monoparentalité. Les femmes sont également majoritaires parmi les bénéficiaires de l'aide sociale de moins de 30 ans et parmi ceux qui sont âgés de 45 ans et plus[53].

Être bénéficiaire de l'aide sociale signifie-t-il être pauvre? D'après le revenu familial fourni par l'aide sociale comparé aux seuils de pauvreté, une sorte de pauvreté serait inhérente au fait de vivre de l'aide sociale. (Voir Tableau 6).

Ne faudrait-il pas admettre que la pauvreté prend particulièrement racine dans le milieu familial par les valeurs transmises dans les réseaux de relations[54]? De plus, le mode d'organisation de la distribution des biens et des services contribue à générer des inégalités. Etre capable de calcul et de réflexion exige un certain capital culturel. Les pauvres chroniques n'ont pas la possibilité de développer ce genre d'attitudes à l'égard de la consommation caractéristique des classes moyennes[55]. La pauvreté est multidimensionnelle. P. Towsend[56] la définit comme un manque de ressources nécessaires à la pleine participation aux activités valorisées socialement. Le manque de revenu n'est pas la seule barrière: « Au-delà du manque

matériel, c'est la qualité des rapports sociaux et le degré d'intégrité de l'être qui permettent finalement d'évaluer l'intensité de la pauvreté. Les mauvais rapports sociaux ou leur absence, les diverses désintégrations de l'être sont tout autant des produits sociaux que les manques matériels[57]. »

Cette situation de pauvreté permanente compromet la santé et les conditions de vie des personnes qui la subissent. Elle crée également une situation de stress d'autant plus forte qu'elle est associée à un sentiment d'impuissance et d'incapacité à sortir de cette situation[58]. M. Jake Epp, alors ministre canadien de la Santé et du Bien-être, affirmait:

> Le premier défi à relever consiste à trouver les moyens de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les groupes de citoyens à faible revenu et les mieux nantis. Certaines données inquiétantes révèlent que, malgré l'existence au pays d'une infrastructure sanitaire de qualité supérieure, la santé des gens demeure directement liée à leur situation économique[59].

LES DÉTERMINANTS SOCIO-CULTURELS

Il paraît nécessaire de dépasser l'analyse de la pauvreté en termes économiques pour tenir compte de sa plus large dimension sociale. Les termes économiques ne décrivent pas l'état d'esprit, la vie d'un pauvre; ils n'expliquent pas comment il vit son état. Le terme « pauvricitude » serait l'expression à utiliser pour décrire la vie quotidienne d'un pauvre[60]. Cette expression désigne l'état de dépendance, plus ou moins complet, d'une personne envers une autre. Face au monde extérieur, les pauvres se replient sur eux-mêmes. Ils éprouvent de la difficulté à s'exprimer, à émettre une opinion. Ils se sentent plus timides, plus craintifs que d'autres. Ils éprouvent un sentiment d'infériorité à la suite d'échecs rencontrés, de même qu'un manque de confiance en eux-mêmes.

> Lorsque la soupape est trop sous pression, on explose. C'est pourquoi, on accuse, on injurie, on ment, on cogne, on casse, on piétine. Mais aussi pour rester dans la légalité on préfère: fumer, boire, manger toutes sortes de cochonneries même si on n'a pas faim. Ce n'est pas bon pour la santé, mais nous savons que si nous tombons

malades, les gens nous acceptent plus aisément. On nous plaint plus facilement. On reçoit plus de sollicitude, plus de compréhension, plus de compassion[61].

À ce sujet, notons que les recherches dans le domaine de la communication persuasive ont fortement remis en question l'idée qui fut longtemps à la base des programmes d'éducation sanitaire, à savoir qu'un changement d'attitudes est une condition nécessaire et suffisante pour la modification d'un comportement[62]. Ces chercheurs affirment qu'on doit se préoccuper, non seulement des facteurs internes (motivation, attitude, volonté de changement) mais également des facteurs externes et en particulier des processus d'intégration d'un individu à divers groupes sociaux (famille, école, etc.) et à son environnement plus global. Labonté et Penford font ressortir à quel point les contraintes sociales sont importantes dans les domaines qui font l'objet des programmes actuels de promotion de la santé[63]. Pauvreté, manque d'instruction, promotion fallacieuse des aliments sans valeur nutritive, voilà le contexte social dans lequel la plupart des Québécois doivent exercer leurs choix alimentaires. Les difficultés financières, le chômage ou la crainte du chômage sont des sources de stress sur lesquelles les individus des strates socio-économiques les moins favorisées ont peu de prise.

Si on insiste d'abord et avant tout sur la responsabilité individuelle dans le choix des habitudes de vie et si on conçoit les habitudes de vie comme si elles existaient dans un vacuum, on glisse vers le rejet des torts sur la victime. La maladie devient fonction du mode de vie *choisi* par l'individu et découle d'un certain nombre de risques auxquels il s'expose *délibérément*[64].

Cette approche, à peu près constante chez les intervenants, a pour effet de susciter un sentiment de culpabilité chez l'individu; et elle sert souvent de justification à l'État et aux professionnels de la santé qui interviennent pour « corriger » ces comportements au nom de motifs et d'arguments comme ceux que mentionne Winters:

— le paternalisme (puisque l'individu n'est pas censé savoir);

— l'intérêt social (la santé est considérée comme un bien collectif);

— la notion de fardeau indu (pour éviter une répartition inéquitable des coûts)[65].

De là, il n'y a qu'un pas à franchir pour faire de la modification des habitudes de vie un instrument de contrôle social[66]. De plus, l'intérêt croissant pour la prévention et la promotion de la santé risque de s'accompagner d'une « médicalisation » de la vie quotidienne, d'une emprise de plus en plus grande des professionnels en des secteurs de plus en plus nombreux de l'activité humaine. Il y a également la possibilité d'atomiser à la fois les causes et les solutions:

> Les résultats de recherches fiables sur les relations entre les habitudes de vie et l'état de santé demeurent limités et surtout très parcellisés. En dépit du fait que l'on reconnaisse théoriquement qu'il y a interaction entre l'environnement (physique et social), les habitudes de vie et l'état de santé, très peu de recherches intègrent ces trois dimensions[67].

À l'instar de la recherche, les interventions portent presque toujours sur une seule habitude de vie, la considérant de façon isolée et comme un choix indépendant des déterminismes socioculturels et économiques[68].

L'amélioration de la santé paraît reposer sur quatre postulats spécifiques: l'enrichissement du concept de la santé (autonomie, qualité de vie), la prévention (importance des milieux de vie), la responsabilité (accroissement du pouvoir de décision de l'individu) et l'élargissement de la notion d'inégalités (risques, atteintes, conséquences). Elle suppose également une prise de conscience de la part des différents acteurs du domaine de la santé, de leurs possibilités réelles d'action et du nécessaire partage des responsabilités qui en découle[69].

Depuis Claude Bernard, les médecins et les pathologistes considèrent la maladie comme défaut d'adaptation[70]. Mais qu'en est-il de la santé? Comment la définir? Un certain consensus a été établi sur la définition suivante:

> La santé est le résultat d'un processus d'adaptation entre l'individu et son milieu. C'est la situation dans laquelle l'organisme réagit par une adaptation, tout en préservant son intégrité individuelle. Cette approche reconnaît la multiplicité des déterminants de la santé, situés chez l'individu ou dans son milieu; elle insiste surtout sur la complexité de leur interaction et du processus par lequel ces déterminants peuvent affecter la santé d'un individu[71].

À travers la complexité et la diversité des déterminants de la santé, essayons à présent de comprendre la nature des entraves culturelles à l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. À cette fin, distinguons les conditions objectives de vie d'avec les facteurs culturels. Les conditions objectives de l'existence induisent des normes et des conduites réglées comme une réponse. Les individus constituent leur mode de vie en fonction de ce que ces conditions rendent possible et ce mode de vie tend à être vécu comme une norme, comme une habitude qui s'impose: manière de parler, de s'habiller, d'organiser ses loisirs et, plus fondamentalement, manière de percevoir, d'estimer, de juger faits et individus. « En permanence, ces conditions objectives induisent dans chaque milieu un mode de vie que chaque individu prend finalement à son compte, qui fait pression sur lui, devient son seul horizon probable dans l'immédiat et à long terme[72]. » Par le biais de l'éducation, et sous l'influence du milieu qui assimile et transmet en les interprétant, les conditions de vie qui lui ont donné naissance se modifient. Les offres sociales nouvelles ne sont reçues qu'après avoir été réinterprétées à partir de ces références. L'évolution des pratiques est donc lente et ce n'est souvent qu'au fil des générations qu'apparaissent des pratiques nouvelles[73].

À la lumière des pages qui précèdent, on pourrait dresser la liste suivante des conditions objectives de vie en milieu populaire:

— revenus peu élevés ou pauvreté;

— faible degré d'instruction;

— emplois comportant peu d'autonomie;

— travail manuel;

— conditions de travail pénibles ou monotones;

— statut social peu élevé;

— chômage;

— peu de contrôle sur les conditions de vie et de travail;

— habitations situées dans des quartiers modestes et souvent compacts;

— insécurité financière.

Il s'agira d'examiner les implications de ces conditions objectives sur la culture populaire, en ce qui concerne particulièrement la maladie et la santé.

TABLEAUX

TABLEAU 1

Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles suivant la classe sociale 1890-1972

Années	Classe sociale				
	I	II	III	IV	V
1890 - 1892	83	—	—	—	125
1900 - 1902	89	—	—	—	154
1910 - 1912	88	94	96	93	142
1921 - 1923	82	94	95	101	125
1930 - 1932	90	94	97	102	111
1951	103	108	117	119	136
1961	77	85	105	118	134
1970 - 1972	78	81	104	113	123

Source: J.F. Chanlat, « Types de sociétés, types de morbidités: la sociologie des maladies », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 1985, XVII, p. 304.

TABLEAU 2

Indicateurs de santé par secteur de résidence, 1981

		Mortalité								Morbidité			
		Rapports de mortalité standardisés											
Secteur	Classe sociale	Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs	Accidents	Toutes les causes	Mortalité infantile %	Espérance de vie (ans)	Espérance de vie en bonne santé (ans)	Naissances de petit poids (2 500g) %	Restriction des activités %	Nombre de problèmes de santé chronique Aucun	2 %	Santé émotionnelle négative %
St-Henri	Défavorisée	1,5	1,7	1,6	1,6	9,2	69,4	60,0	9,5	21,9	59,9	18,4	13,6
St-Louis	Défavorisée	1,4	1,3	1,8	1,5	11,7	71,9	66,3	6,4	13,8	67,8	13,4	12,7
Métro	Moyenne	1,0	1,0	1,8	1,2	12,0	72,1	67,3	6,1	15,0	68,9	11,6	4,9
NDG	Moyenne	1,0	1,0	1,0	1,0	7,1	76,7	71,4	6,1	10,7	69,7	13,5	6,7
Westmount	Supérieure	0,6	0,7	0,7	0,6	10,3	78,0	70,8		5,9	11,1	68,6	9,7

Source: J. O'Loughlin, J.-F. Boivin, *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*, Rapport déposé à la CESSSS, Publications du Québec, 1987;

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport*, p. 82.

TABLEAU 3

Comparaison de l'espérance de vie dans les zones de Montréal en 1976 avec celle du Canada (diverses années) et celle des autres pays vers 1975

Années	Zones de Montréal	Canada	Autres pays*, vers 1975
1976	Boucle d'Or (zone 1)	—	—
1975	—	1981	Suède, Norvège, Islande
1974	Nord et Ouest (zone 2)	1976	Japon, Pays-Bas, Danemark
1973	Centre-Ile (zones 1 à 5)	1971	États-Unis, France, Canada, Suisse, Israël
1972	Milieu (zone 3)	1966	Italie, Royaume-Uni, Espagne, Allemagne de l'Est, Australie, Grèce, Hong Kong, Porto Rico, Nouvelle-Zélande
1971	—	1961	Allemagne de l'Ouest, Pologne, Belgique, Bulgarie, Autriche, Finlande, Irlande, Singapour, Chypre
1970	—	1956	Roumanie, Taïwan, Tchécoslovaquie, Cuba, Fidji, Luxembourg, Malte
1969	Péri-Sud (zone 4)	—	Union Soviétique, Hongrie, Portugal, Uruguay, Koweit, Barbade
1968	—	1951	Argentine, Yougoslavie, Sri Lanka, Malaisie, Albanie, Costa Rica, Jamaïque, Guyane
1967	Basse-ville (zones 4 et 5)	—	—
1966	—	—	Panama, Trinité et Tobago, Surinam, Bahamas
1965	—	—	Chine, Mexique, Corée du Sud, Venezuela, Guadeloupe, Martinique, Seychelles
1964	—	1941	Liban
1963	Centre-Sud (zone 5)	—	Chili, Île Maurice, Réunion, Bahrein, Samoa, Grenade
1962	—	—	Paraguay, Antilles
1961	—	1931	Brésil, Thaïlande, Colombie, Corée du Nord, Mongolie

TABLEAU 3 (suite)

Espérance de vie à la naissance, par sexe et par zone de résidence Montréal, 1975-1977

	Zone	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage de population
1	Boucle d'Or	74,1	79,6	76,8	6,8
2	Nord et Ouest	71,3	78,4	74,8	43,2
3	Milieu	68,0	76,1	72,0	36,1
4	Péri-Sud	65,2	73,4	69,3	10,5
5	Centre-Sud	58,7	68,9	63,8	3,4
4 et 5	Basse-ville	63,3	72,3	67,8	13,9
1 à 5	Centre-Île (total)	68,9	76,7	72,8	100,0

* On ne peut pas, à vrai dire, comparer des pays avec des quartiers, puisque dans le premier cas la population comprend toutes les couches sociales, et dans le second seulement une ou quelques strates de la population totale. Néanmoins, les chiffres nationaux peuvent servir de point de repère.

Source: R. Wilkins, « L'inégalité devant la mort », *Médecin du Québec*, 16, 2, 1981.

TABLEAU 4

Habitudes de vie par secteur de résidence, 1981

Secteur	Classe sociale	Fumeur %	Non-utilisation de la ceinture de sécurité %	Inactivité physique		Surconsommation d'alcool (24 consommations/semaine) %	Isolement social %	Autoexamen des seins (jamais) %	Naissances chez les mères de −19 ans %
				Durant l'activité majeure %	Durant les loisirs %				
Saint-Henri	Défavorisée	57,7	51,9	29,3	35,0	13,4	19,8	64,9	17,1
Saint-Louis	Défavorisée	47,3	39,3	37,3	36,3	8,1	20,8	43,2	8,1
Métro	Moyenne	38,5	38,5	36,5	24,7	15,3	22,1	28,7	4,2
NDG	Moyenne	36,6	29,5	29,5	19,4	12,6	19,2	33,8	4,4
Westmount	Supérieure	18,4	23,3	34,9	24,0	10,4	19,4	19,3	0,8

Source: *Enquête santé communautaire*, DSC Hôpital général de Montréal, 1979-1981; Gagnon *et al.* (1986); Gagnon et Comeau (1986a, 1986b); Gagnon *et al.* (1987a, 1987b). Cité dans CESSS, *op. cit.*, p. 73.

TABLEAU 5

Répartition du revenu des ménages selon le quintille de revenu 1951-1984

Année	Quintille inférieur	Deuxième quintille	Quintille médian	Quatrième quintille	Quintille supérieur	Total
1951	4,4	11,2	18,3	23,3	42,8	100
1954	4,4	12,0	17,8	24,0	41,8	100
1957	4,2	11,9	18,0	24,5	41,4	100
1959	4,4	11,9	18,0	24,1	41,6	100
1961	4,2	11,9	18,3	24,5	41,1	100
1965	4,4	11,8	18,0	24,5	41,4	100
1967	4,2	11,4	17,8	24,6	42,0	100
1969	4,3	11,0	17,6	24,5	42,6	100
1971	3,6	10,6	17,6	24,9	43,3	100
1972	3,8	10,6	17,8	25,0	42,9	100
1973	3,9	10,7	17,6	25,1	42,7	100
1974	4,0	10,9	17,7	24,9	42,5	100
1975	4,0	10,6	17,6	25,1	42,6	100
1976	4,3	10,7	17,4	24,7	42,9	100
1977	3,8	10,7	17,9	25,6	42,0	100
1978	4,1	10,4	17,6	25,2	42,7	100
1979	4,2	10,6	17,6	25,3	42,3	100
1980	4,1	10,5	17,6	25,3	42,5	100
1981	4,6	10,9	17,6	25,0	41,8	100
1982	4,5	10,7	17,3	25,0	42,5	100
1983	4,4	10,3	17,1	25,0	43,2	100
1984	4,5	10,3	17,1	25,0	43,0	100

Source: David P. Ross, *Données de base sur la répartition du revenu au Canada* (Ottawa: CCDS, 1980) et Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1979 à 1984*. Cité dans *Le Droit de vivre sans s'endetter*, vol. 3, n° 1, p. 3.

TABLEAU 6

Revenu familial fourni par l'aide sociale et seuils de pauvreté, 1986

	Aide sociale	+ Aide enfants*	Rev. fam. total	Seuil** pauvreté	Ratio rev./seuil
Jeune – 30 ans	1 956 $	—	1 956 $	10 673 $	18,3 %
Personne 30 ans et +	5 376 $	—	5 376 $	10 673 $	50,4 %
Couple sans enfants	8 544 $	—	8 544 $	14 081 $	60,7 %
1 adulte + 1 enfant	7 308 $	725 $	8 033 $	14 081 $	57,9 %
1 adulte + 2 enfants	7 908 $	1 602 $	9 510 $	18 836 $	50,5 %
1 adulte + 3 enfants	7 908 $	3 030 $	10 938 $	21 705 $	50,4 %
2 adultes + 1 enfant	9 228 $	725 $	9 953 $	18 836 $	52,8 %
2 adultes + 2 enfants	9 708 $	1 602 $	11 382 $	21 705 $	52,4 %
2 adultes + 3 enfants	9 708 $	3 030 $	12 738 $	25 294 $	50,4 %

* Il s'agit des allocations familiales fédérales et provinciales plus le crédit d'impôt de 384 $ par enfant payable au printemps 1986. Nous avons supposé que tous les enfants ont entre six et onze ans. Pour les enfants de moins de six ans, le gouvernement provincial offre l'allocation de disponibilité: 300 $ pour le premier enfant, 200 $ pour le deuxième et 100 $ pour chaque enfant additionnel. Pour les enfants de douze à dix-sept ans, le gouvernement fédéral offre une allocation supplémentaire de 93 $ par année. L'aide sociale verse également un montant de 35 $ par an pour les frais scolaires.

** Il s'agit des seuils de faibles revenus estimés par le Conseil national de bien-être social pour des ménages habitant des villes de 500 000 et plus en 1986.

Source: Document de travail *Pour une réforme juste et équitable de l'aide sociale*, par Ruth Rose, professeur de sciences économiques, Université du Québec à Montréal, en collaboration avec François Aubry, économiste, Service de recherche, Confédération des syndicats nationaux.

TABLEAU 7

Indicateurs des inégalités sociales en matière de santé: caractéristiques des milieux socio-économiquement défavorisés

La morbidité	La mortalité	Les habitudes de vie
taux d'incapacités permanentes plus élevé	espérance de vie à la naissance plus courte	plus grand nombre de fumeurs et fumeuses réguliers
troubles mentaux plus prévalents	mortalité infantile plus importante	davantage de grands buveurs
hypertension plus fréquente	mortalité reliée à des accidents plus prévalente	mauvaises habitudes alimentaires (gras, sucre, fibres)
prévalence des affections articulaires plus grande	mortalité occasionnée par des maladies respiratoires chroniques davantage prévalente	consommation abusive de médicaments
prévalence plus importante des maladies cardiaques	mortalité causée par une pneumonie, prévalence accrue	pratique de l'activité physique déficiente
bronchites plus nombreuses	mortalité reliée à la tuberculose, prévalence plus grande	utilisation moindre des services curatifs gratuits et différences quant au moment de consultation (plus tardif) et quant au lieu de consultation (urgence des hôpitaux)
troubles visuels plus fréquents	mortalité occasionnée par une cirrhose du foie, davantage prévalente	recours aux services de prévention et de dépistage moindre
prévalence du diabète plus importante		port de la ceinture de sécurité moins fréquent
problèmes auditifs plus nombreux		âge moyen plus bas des adolescents lors des premières relations sexuelles
naissance de bébés de petit poids (moins de 2 500 grammes) plus répandue		
grossesses chez les adolescentes plus fréquentes		

TABLEAU 8

Principaux facteurs sociaux susceptibles d'avoir une influence sur des indicateurs de l'état de santé

Indicateurs de l'état de santé	Éléments influençant à la hausse	Éléments influençant à la baisse	Facteurs sociaux
Probabilité de subir une restriction permanente des activités	les faibles revenus les bas degrés d'instruction le secteur primaire du marché du travail le chômage le travail à la maison	le travail comportant une fonction de gérance ou de direction le revenu élevé le diplôme universitaire le travail professionnel l'anglais comme langue maternelle	l'ethnie le revenu le degré d'instruction l'occupation le quartier de résidence la région de résidence l'absence de travail rémunéré
Niveau de détresse (difficultés ou problèmes de santé mentale)	faibles revenus un travail monotone ou sans autonomie	occupation hiérarchiquement élevée	le revenu le réseau social de soutien le contrôle des conditions de travail le contrôle des conditions de vie

TABLEAU 9

Principaux facteurs sociaux influençant les habitudes de vie déterminantes pour la santé

Habitudes de vie	Éléments qui influencent à la hausse	Éléments qui influencent à la baisse	Facteurs sociaux
La consommation de cigarettes	les conditions de travail pénibles ou un travail monotone le chômage le travail de direction ou de gérance conditions de vie difficiles le français comme langue maternelle	le statut social élevé emploi professionnel ou de l'autonomie le degré élevé d'instruction (pour le nombre de fumeurs réguliers)	l'occupation le chômage le statut social l'ethnie le degré d'instruction
La consommation d'alcool	le statut social élevé (pour le nombre de buveurs réguliers) le degré élevé de scolarisation (particulièrement chez les femmes) le travail manuel ou monotone (pour le nombre de grand buveurs) le chômage		le statut social le degré d'instruction l'occupation le chômage

TABLEAU 9 (suite)

Principaux facteurs sociaux influençant les habitudes de vie déterminantes pour la santé

Habitudes de vie	Éléments qui influencent à la hausse	Éléments qui influencent à la baisse	Facteurs sociaux
Les comportement préventifs	le degré d'instruction la fonction de gérance ou de direction	le faible degré d'instruction l'occupation située au bas de la hiérarchie	l'éthnie l'instruction l'occupation
Les comportements routiers dangereux	le niveau socio-énonomique faible	le niveau socio-économique élevé	le niveau socio-économique
La pratique de l'activité physique	le degré d'instruction la langue maternelle anglaise	le chômage le travail physique pénible le travail manuel le travail de direction ou de gérance	le degré d'instruction l'ethnie le chômage l'occupation
L'âge moyen lors des premières relations sexuelles à l'adolescence	le milieu socio-économique aisé	le milieu socio-économique faible	le niveau socio-économique des parents

CHAPITRE 2

Santé et maladie dans la culture populaire

Dans ce deuxième chapitre, je vais étudier les attitudes du milieu populaire à l'égard de la maladie et de la santé et les représentations qui en découlent. Mais au préalable, je recenserai quelques particularités de la culture populaire afin d'en déduire des attitudes et des représentations pertinentes. Rappelons que mon objectif est de mettre en évidence les facteurs culturels constituant des obstacles d'accès à la santé pour les gens de milieu populaire. Les observations de ce chapitre serviront donc, par la suite, à discerner la distance culturelle qui isole les classes populaires du milieu des professionnels de la santé.

Ainsi, la première section du présent chapitre traitera des particularités de la culture populaire, c'est-à-dire des valeurs qui fondent cette culture, des normes qui régissent les principaux rapports de ses membres entre eux et avec les individus des autres classes sociales. À partir des caractéristiques ainsi recensées, je dégagerai quelques attitudes à l'égard de la santé et de la maladie. Enfin, des attitudes je passerai aux représentations de la santé et de la maladie inhérentes à la culture populaire.

LES PARTICULARITÉS DE LA CULTURE POPULAIRE

Avant de poursuivre, précisons la signification donnée aux termes classe populaire ou milieu populaire dans le cadre de la présente analyse. Ces expressions caractérisent un ensemble com-

posé principalement de salariés (ouvriers et petits employés) auxquels s'ajoutent les couches inférieures de la petite bourgeoisie[1]. Ces catégories sont plus sociales qu'économiques, même s'il existe une corrélation entre la classe sociale et le revenu, de sorte que les classes populaires comprennent une partie des classes moyennes inférieures et les classes démunies économiquement. Les attitudes des classes populaires qui seront décrites subséquemment déborderont donc la classe ouvrière proprement dite, car le revenu ne permet pas de tracer une nette frontière entre les ouvriers et les classes voisines. On trouve d'ailleurs des différences importantes de salaires dans la classe ouvrière elle-même. Les classes populaires se composent ainsi de travailleurs répartis dans plusieurs domaines, dont les ouvriers du bâtiment, les ouvriers travaillant en usine, les employés des transports publics, les petits commerçants, les employés subalternes dans le secteur des services, les travailleurs de l'industrie lourde. Même si certains professionnels ou intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, comme quelques enseignants, gagnent parfois moins que plusieurs ouvriers spécialisés, leur style de vie et leurs habitudes font qu'ils n'appartiennent pas aux classes populaires.

Évidemment, tous les membres des classes populaires ne croient pas ou ne font pas la même chose, mais, selon Hoggart, on peut étayer l'analyse de la culture des classes populaires « autrement que par le constat de l'uniformité: dans la plupart des domaines d'activités, les gens du peuple supposent, même lorsque leur comportement s'écarte de cette norme, qu'il existe une manière selon laquelle *il faut* agir et certaines choses *qu'il faudrait* croire[2] ». C'est donc « une *définition socialement approuvée* des attitudes[3] » qui fait l'essentiel de la culture populaire; « une sorte de grammaire génératrice des attitudes ou une attitude vis-à-vis des attitudes[4] ».

Au sens collectif, les attitudes correspondent à « des dispositions qui poussent les groupes à réagir communément, à se conduire d'une certaine façon et à assumer des rôles sociaux particuliers[5] ». Les attitudes collectives peuvent être définies « comme des ensembles, des configurations sociales, qui expliquent à la fois une mentalité, des actes de préférence et de répugnance, des prédispositions à des conduites et à des réactions, des tendances à assurer des rôles précis[6] ».

Vivre au sein d'un milieu populaire c'est appartenir à une culture diffuse qui n'est pas moins contraignante que celle qui caractérise les classes supérieures:

> Un ouvrier accumulerait assurément les pataquès et les gaffes s'il devait figurer à un souper collet-monté, mais, s'il devait vivre au milieu de gens du peuple, un grand bourgeois trahirait aussi sûrement sa gaucherie par ses manières de parler — c'est-à-dire aussi bien par son débit que ses sujets de conversation ou ses tournures de phrase — par sa façon de se servir de ses mains, par sa démarche ou son maintien et jusque dans sa manière de commander les boissons ou de proposer une tournée[7].

Pour mieux comprendre la spécificité de la culture populaire, il suffit de penser aux nombreux détails qui la composent, tels que les modèles de comportements qui régissent la tenue vestimentaire, l'habitude d'aller voir les gens à certaines occasions, le décor encombré et désordonné d'un intérieur, etc. La culture permet à la plupart des membres des classes populaires de ne pas être réduits à l'état de consommateurs passifs de la culture de masse, parce qu'ils vivent dans un univers où ils peuvent rester fidèles à leurs habitudes et à leur rituel quotidien[8].

Les valeurs fondamentales

Le style de vie populaire accorde une valeur primordiale au monde du quotidien et au sens du présent. Les conditions de vie souvent difficiles portent à profiter du présent sans se préoccuper de l'avenir. À la différence d'autres classes, les gens de milieux populaires limitent leurs projets à un horizon restreint. « Les membres des classes populaires sont depuis toujours des épicuriens de la vie quotidienne[9]. » Par conséquent, leur façon d'utiliser l'argent étonne et même exaspère les personnes d'autres classes sociales. On les qualifie fréquemment de dépensiers et d'inaptes à identifier des priorités budgétaires acceptables. « Les plaisirs de la vie gardent une place de choix dans la hiérarchie des urgences, même lorsqu'on n'arrive à joindre les deux bouts qu'avec difficulté[10]. » Il existe bien quelques différences d'une famille populaire à une autre, mais le modèle d'organisation du budget reste sensiblement le même: on pense à court terme; on prend les plaisirs et les peines lorsqu'ils arrivent; on vit au jour le jour. Ce style de vie simple, associé à

l'acceptation de sa condition socio-économique, permet aussi d'oublier les soucis et de profiter des bons moments de la vie. Toutefois, cet hédonisme n'est que superficiel, car les classes populaires savent très bien que les satisfactions véritables, qui impliquent la maîtrise de l'avenir, ne leur sont pas accessibles. Bien vivre ne consiste pas simplement à s'adapter; c'est aussi savoir en profiter et rechercher le petit extra qui rendra la vie plus douce. En ce sens, dans une vie dominée par les contraintes, les plus petites manifestations de la liberté de choisir prennent une valeur symbolique[11]. Chombart de Lauwe souligne des différences sociales en matière de préoccupations économiques: les classes populaires sont davantage préoccupées par les problèmes vitaux liés aux conditions de vie; les classes plus aisées le sont davantage par les problèmes de sécurité et de prévision[12]. Un autre point important ressort de son étude du milieu populaire: certaines familles qui semblent les moins aisées indiquent qu'elles ne se restreignent pas plus à la fin qu'au début du mois, « parce qu'on fait attention tout le temps ». Cette question du « maintien » dans la dépense observé seulement chez les plus favorisés des ouvriers, et qui est normale dans les milieux aisés en raison de leurs moyens financiers plus étendus et de certains modèles culturels, contribue à créer un style de comportement. À budgets égaux, deux familles peuvent tendre à se situer dans les classes sociales différentes, à partir d'un seul comportement qui réagit sur tous les autres[13].

L'intérêt et l'attitude des gens de culture populaire à l'égard des jeux de hasard nous renseignent sur leur culture. On y apprend que ces gens croient au destin; on croit à la chance, on l'admire. La chance est un don dont on hérite censément à la naissance. Évidemment, d'autres classes sociales partagent ces croyances; cependant elles n'ont pas pour elles la même signification. Pour les classes populaires, « la chance représente un facteur de réussite aussi efficace que le travail acharné, l'intelligence ou la beauté; les autres qualités ont aussi leur valeur mais elles ne sont ni plus estimées, ni plus estimables[14] ». Dans un contexte où les conditions de vie sont difficiles, il est facile de comprendre pourquoi on mise sur la chance et le destin.

Quant à la valeur de l'instruction, elle est souvent mise en doute comparativement aux valeurs sûres du groupe local. C'est la

nature même de la culture qui entre en jeu dans les inégalités en matière de fréquentation scolaire. « L'inégalité des moyens économiques est moins en cause que l'héritage culturel, capital subtil fait de savoirs, de savoir-faire et de savoir-dire, que les enfants des classes favorisées doivent à leur milieu familial[15]. » Car, « où que l'on travaille l'horizon est bouché; de toute façon, se hâte-t-on d'ajouter, ni l'argent ni le pouvoir ne font le bonheur. Ce qu'il y a de vrai ce sont les rapports humains, l'affection dans la famille, l'amitié et la possibilité de bien s'amuser[16] ». L'horizon en milieu populaire est trop étroit pour alimenter un désir d'ascension sociale[17]. On ne perçoit pas la vie comme une ascension et le travail n'en constitue pas l'élément le plus intéressant.

Le sens populaire de la dignité humaine et l'intérêt suscité par la promotion de l'homme ordinaire révèlent à leur tour des attitudes significatives. Pour les classes populaires, le sentiment de dignité porte à refuser la reconnaissance d'une quelconque infériorité et consolide le doute assez répandu « qu'au fond et malgré tous les beaux discours que font les *autres* sur la démocratie, les gens ordinaires ne comptent pas à leurs yeux[18] ». Les classes populaires seraient influencées par la glorification de l'*homme moyen* proposée par certains types de médias. En apparence, les médias ramènent les grands à une dimension humaine, mais simultanément ils écartent tout questionnement sur les différences ou les inégalités. Les traits « ordinaires » d'un personnage sont presque toujours présentés dans un vide social complet[19]. On en vient ainsi à estimer les gens qui ont réussi, non pour leurs qualités, leur énergie ou leur détermination, mais parce qu'on nous dit « qu'ils aiment les roses, les enfants, les chiens et leurs vieux parents[20] ». Ce haut degré de personnalisation de l'information destinée aux classes populaires correspond à leur attachement pour l'aspect concret et immédiat de la vie, pour les émotions fortes et simples et pour la couleur locale. Néanmoins, cette personnalisation de l'information a comme conséquence une simplification constante et acharnée de l'écriture et du langage. La curiosité populaire traditionnelle et le traitement des nouvelles par la presse populaire amènent les classes populaires à goûter une information atomisée. Cette information se compose « d'un pot-pourri de faits décontextualisés et d'un amalgame de bizarreries, le tout enrobé de la guimauve de l'intérêt humain[21] ».

L'intérêt suscité par cette information atomisée révèle également la difficulté qu'éprouvent les gens de milieux populaires à manier des idées générales et abstraites. Or, dans d'autres classes, des intérêts financiers ou professionnels contraignent à une activité intellectuelle. Soulignons, de plus, que les seuls rapports que les personnes de culture populaire savent maîtriser sont des rapports directs et personnels[22]. Ce type de rapports est utilisé parfois par certains vendeurs habiles qui sont toujours aimables et bien sympathiques. Ces vendeurs ajoutent quelque chose de plus: ils abordent les clients « d'une manière personnelle et presque familière et se mettent en quatre pour résoudre votre *problème*[23] ».

En somme, on peut affirmer que le principe de toutes les attitudes qui constitue le fondement du style de vie des classes populaires repose sur le goût du concret et l'attachement au groupe local. On en trouve la manifestation dans l'importance conférée aux liens domestiques et aux relations de voisinage[24] et dans la nature des rapports avec les autres classes sociales.

Les rapports au sein de la culture populaire: la famille et le voisinage

Dans la culture populaire, le foyer familial revêt une grande importance. Si les gens des milieux populaires éprouvent la hantise de « finir à l'hospice », c'est parce qu'ils accordent une valeur irremplaçable à la vie familiale[25]. On tend à limiter les échanges quotidiens à la famille, mais on considère la famille d'une façon assez large. Le cercle de la famille comprend les « proches », la maisonnée proprement dite, les enfants mariés qui souvent n'habitent pas très loin avec leur famille, et quelques bons amis[26]. L'intérieur d'un foyer populaire n'est pas aménagé dans le but de protéger l'intimité de chacun de ses membres. « On y vit dans une atmosphère grégaire et dans la promiscuité affective: presque tout est commun aux différents membres de la famille[27]. » La radio ou la télévision fonctionnent quasi en permanence. On ne sera pas surpris si, après leur mariage, les enfants prennent de nombreuses années à se détacher du foyer familial.

L'attachement au foyer constitue l'un des fondements de la culture populaire. Certes, nombre de traditions subissent des at-

teintes de toutes sortes, mais l'importance du foyer s'oppose aux nouveaux agents de dissolution de la vie domestique[28]. Au coeur de cette constellation familiale, nous retrouvons la mère comme personnage central. Celle-ci agit comme pivot autour duquel est bâti le foyer populaire et, davantage que le père, elle est garante de son unité. Du moins, c'est le cas de la mère d'âge moyen ou d'âge mûr pleinement installée dans ses fonctions. C'est elle d'ailleurs qui maintient le contact avec les membres de la famille habitant à proximité, grands-parents, frères, soeurs et cousins[29].

On peut se demander si ce rôle social de la mère se transmet toujours aux jeunes filles de milieux populaires. Je crois que oui, car ces adolescentes ne connaissent qu'une courte période d'autonomie. Pour les deux sexes, en milieu populaire, une coupure marquante survient à la fin de l'adolescence. Pour les jeunes filles, principalement, le début de la vie en couple marque un terme à la liberté temporaire et à l'insouciance de l'adolescence; elles retrouvent les valeurs et les anciens modèles. Cette coupure indique la plupart du temps le commencement des problèmes financiers, de même que celui d'un apprentissage difficile qui conduit cependant presque toujours à un certain équilibre[30].

L'importance accordée, par ailleurs, aux relations de bon voisinage conjuguée aux relations de camaraderie et de coopération contribue à procurer aux membres des classes populaires le sentiment d'appartenance à un groupe. Ce sentiment diffère beaucoup de la camaraderie militante des groupes syndicaux ou politiques. « Le sentiment de communauté s'alimente à la certitude d'appartenir irrévocablement au groupe, à la chaude sécurité que procure cette certitude, à l'immutabilité du groupe et au besoin d'avoir recours à l'aide du voisin[31]. » Pour qui n'y a pas été élevé, les quartiers populaires peuvent sembler tristes. Pourtant, aux yeux de celui ou de celle qui y a vécu, ces quartiers ont une personnalité. La force que revêt dans les classes populaires le sentiment du foyer et du quartier se comprend si on considère le comportement atrophié de ceux qui en sont privés. On note également, d'après plusieurs études, la persistance des liens de voisinage et de parenté. La vie communautaire y serait encore présente, alors que, dans les quartiers de bourgeoisie ou de classes moyennes supérieures, les relations se fondent sur des projets plus individuels et relèvent davan-

tage de la vie privée. À cet égard, on assiste parfois au « paradoxe du fils de bourgeois de la haute-ville qui descend à la basse-ville pour organiser des gens qui sont déjà pourvus de cette vie communautaire[32] ».

Liée aux relations de voisinage, la peur du qu'en-dira-t-on existe dans toutes les classes sociales, mais elle agit d'une manière spécifique en milieu populaire. Lorsque l'univers présente des horizons limités, on s'intéresse excessivement à la conduite du voisin. Contrairement au petit bourgeois, on n'éprouve pas le désir de faire mieux que les voisins, mais plutôt celui de faire ce qui se fait. Il est banal de mentionner que toute appartenance de classe impose un certain conformisme; cependant, on ne souligne pas assez souvent le conformisme des classes populaires. Celui-ci est perçu, trop souvent à tort, comme moins important que celui des classes bourgeoises. Pourtant, un groupe populaire est caractérisé par un degré élevé de fermeture.

Le sentiment populaire d'appartenance au groupe se fonde sur l'acceptation commune des conditions collectives de vie. Cette résignation tend à exclure le fanatisme et l'idéalisme. De sorte que les membres des classes populaires doutent habituellement des principes abstraits. Cette attitude est parfois illustrée dans des propos teintés de réalisme un peu agressifs: « Attaquons le boulot, c'est pas la théorie qui le fera avancer[33] ». Les pressions qui s'exercent efficacement dans le sens du conformisme prennent forme dans un réseau embrouillé de clichés plutôt que dans des idées explicites[34]. Par exemple, dans les classes populaires, il est « naturel » et « normal » de boire. On y constate également une étonnante lucidité, exprimée parfois de façon lapidaire. À titre d'illustration, Chombart de Lauwe rapporte la réponse d'un ouvrier à qui l'on demandait, au terme d'une série de grèves, quels seraient les résultats pour ses camarades: « Un peu plus de misère, un peu plus de fierté[35] ». En quelque sorte, on éprouve très fréquemment un sentiment d'appartenance irréversible à une communauté soumise aux mêmes limitations et aux mêmes contraintes.

En milieu populaire le « faire ensemble » et le « voir ensemble » sont beaucoup plus importants que les finalités spécifiques attribuées à des activités particulières. Le comportement des classes populaires vis-à-vis des produits culturels dominants constitue non

seulement un comportement d'adaptation, mais peut faire également l'objet d'une réinterprétation et d'une « production secondaire ». C'est dans l'écart entre le produit premier et la production secondaire que peut se glisser, dans les sociétés industrielles, l'imaginaire social populaire[36]. En dépit de la grande quantité de divertissements standardisés que l'industrie propose, des attitudes populaires anciennes sont ancrées dans la culture des classes populaires. Une récente enquête réalisée à la basse-ville de Québec[37] illustre cette persistance de la culture populaire.

> Nos répondants parlent du chalet sur le mode de la rencontre, de la convivialité. Il n'est que rarement question de la nature, du site, et le séjour à la campagne ne renvoie jamais à la quête de la « sauvagerie » ou de la solitude; tout au contraire, l'on y cherche la compagnie, les visites, le jeu de cartes, les baignades. Il en est de même pour le sport, qui ne se pratique pas sur le mode de la performance individuelle mais la rencontre collective pour avoir du fun ensemble[38].

Loin de se dissoudre, la culture populaire trouve de nouvelles conditions d'expansion. Ce qui semblait d'abord n'être que survivance renvoie à des modes de vie communautaires. Malgré toute une littérature qui traite de l'influence extraordinaire des moyens de communication de masse sur les classes populaires, on peut douter de la profondeur de cette influence en considérant la langue couramment parlée dans ces milieux. Les idées reçues qu'elle véhicule dépendent encore en bonne partie de la tradition orale du groupe local[39]. En cas de doute ou de difficultés, on revient aux valeurs sûres de la tradition et on s'y réfère comme à des principes immuables dans un monde changeant et difficile à maîtriser. Dans le discours populaire, les clichés traditionnels qu'on utilise s'inscrivent dans le cadre d'une logique de l'incantation verbale et non pas comme des moments logiques d'un raisonnement ou d'une argumentation[40]. La culture orale est toujours présente dans ces classes populaires, la fonction particulière du téléphone le dénote: « si l'on communique en se visitant presque quotidiennement, c'est surtout grâce au téléphone que l'on maintient le contact[41]. » Je pourrais suggérer la même constatation en ce qui a trait au rapport des gens des classes populaires aux croyances superstitieuses. Des croyances persistent notamment à l'égard de la santé et des vedettes du cinéma ou de la télévision[42]. « En réalité, les gens du peuple ne se

préoccupent guère des contradictions de leurs attitudes ou de leur système de pensée [...] Pareille attitude suppose un type de pensée où l'on peut à la fois croire et ne pas croire[43]. »

Les rapports avec le monde des « autres »

La cohésion des groupes sociaux dépend généralement de leur pouvoir d'exclusion ou, en d'autres mots, du sentiment de différence par rapport aux autres. Pour les classes populaires, « le monde des autres » se désigne d'un mot: « eux »[44]. Lorsque les classes populaires perçoivent une distance culturelle entre « eux » et « nous », c'est leur manière spécifique d'appréhender le monde qu'elles expriment. Cet antagonisme vise une multitude de données peu fréquentes dans leur quotidien.

En premier lieu, le monde des « autres » est celui des patrons; en deuxième lieu, il s'étend aisément aux membres des autres classes sociales, sauf à ceux que l'on connaît personnellement. Face aux « autres », la réaction de méfiance est davantage ressentie que la crainte: « on se méfie de la manière compliquée (toujours perçue comme gratuite) dont ils agencent votre vie et on ne se fait pas d'illusion sur ce qu'ils feront pour vous[45]. » Les membres des classes populaires considèrent notamment les fonctionnaires, les policiers, le personnel médical comme les agents des « autres » ; même si ces derniers se montrent bien disposés, on leur fait difficilement confiance. Règle générale, les classes populaires n'ont recours aux « autres » qu'en dernier ressort: « quand rien ne va plus, il faut aller les voir, mais ne vous jetez pas dans les pattes de l'autorité et, si vous avez besoin d'aide, adressez-vous d'abord aux vôtres[46]. » Cette attitude dénote l'idée de respectabilité, l'amour-propre, c'est-à-dire, la volonté de ne compter que sur les forces du milieu populaire.

Cette distance culturelle peut aussi se percevoir à l'intérieur d'une famille populaire. On n'est pas également attaché à tous les frères, à toutes les soeurs et à tous les beaux-frères ou belles-soeurs. À cet égard, une récente étude sur la sociabilité familiale en basse-ville de Québec[47] précise qu'il n'y a pas que la distance géographique qui joue, mais aussi la distance culturelle. « Les personnes apparentées n'ont pas nécessairement les mêmes goûts, les mêmes manière-

res, le même langage. On se voit alors moins souvent, voire pas du tout [...] Il arrive que la frontière entre la haute-ville et la basse-ville soit étanche[48]. »

En quelque sorte, le caractère insaisissable du cours du monde des « autres » suscite dans les classes populaires une attitude de défiance mitigée[49]. Tout un ensemble d'attitudes populaires constituent une manière de se protéger contre le caractère inaccoutumé du monde des « autres ». Je parle ici de l'attitude générale de défiance spontanée des milieux populaires relativement au civisme, au patriotisme, aux impératifs de la croissance et aux administrations publiques[50]. Ces fonctions de défense s'opposent à l'assurance propre aux membres des classes supérieures dans leur rapport à la culture et à la conduite de la vie. De sorte qu'on ne devrait pas qualifier d'irrationnel ou d'incohérent tout ce qui s'écarte d'un type de comportement considéré à tort comme valeur universelle par des experts. Soulignons la capacité des gens de milieux populaires à maintenir une séparation ferme entre les deux univers dans lesquels ils vivent: le monde du foyer, le monde extérieur. Paradoxalement, les mêmes personnes qui dénient toute légitimité à l'autorité expriment constamment l'idée que quelqu'un ou quelque chose devrait s'occuper de tous ces problèmes.

Il faut noter qu'après les années de fréquentation scolaire, les sources d'information des classes populaires ne proposent plus que « l'image stéréotypée d'un univers d'où, exception faite de la réglementation morale de la vie domestique, semble bannie toute idée de morale et de moralité[51] ». La presse populaire propage un scepticisme moral qui trouve écho dans « la répugnance des gens du peuple à se prendre au sérieux, à poser, à se donner des airs[52] ». Une certaine malhonnêteté envers ces « autres » devient une forme de loyauté envers la famille ou le groupe local. Les « autres » s'entend au sens de l'administration, de la « boîte » ou des patrons. Néanmoins, les classes populaires tracent une ligne de conduite en accord avec des certitudes obscures: elles ont la conviction que, dans les questions importantes et en cas de besoin, elles seront en mesure de démêler le bien et le mal[53]. Cette tendance à adopter une attitude un peu cynique à l'égard des « autres » exprime avant tout un sentiment de vide qui engendre un repli apitoyé sur soi-même. « La peur de croire et le refus de « marcher », fruits de la crainte d'être dupe,

conduisent facilement à l'acceptation d'un monde vide, insipide et brutal. En désespoir de cause, on se replie sur le foyer et sur la vie de quartier dont le train-train continue, à peu près inchangé[54]. »

La culture populaire réfère donc à un genre de vie, c'est-à-dire tout autant à des objets matériels qu'à des formes de sociabilité. Elle évoque le noyau dur de la socialisation, c'est-à-dire la formation et le maintien d'une identité sociale spécifique des couches populaires. La culture est ce qui donne sens au monde; il existe une manière populaire de créer ce sens et, nécessairement, de ces rapports sociaux où il se produit et se manifeste. Quand elle est en rapport avec les « autres », la culture populaire induit une manière de déjouer un ordre établi et imposé de l'extérieur. Une manière qui repose sur une logique de l'occasion, une logique qui met l'accent sur la ruse, sur la possibilité de tirer profit d'une situation où le champ d'action est imposé[55].

En résumé, certaines attitudes et valeurs permettent de caractériser la culture populaire comparée à celle de catégories sociales différentes: une éducation moins organisée en fonction de l'avenir, des études moins longues, le goût du concret et des plaisirs immédiats, l'attachement au groupe, l'importance des liens familiaux et des relations de voisinage, le scepticisme dans les rapports avec les autres classes sociales, etc. Ces attitudes traduisent la certitude de l'improbabilité d'un changement qui justifie l'absence d'investissement dans la maîtrise du temps et de l'avenir[56]. On exclut les possibilités de sa conscience, on tend à se représenter comme des lois de la nature les contraintes sociales; on en fait des données premières et universelles de « la vie ». En plus d'induire des pratiques par effet direct, les conditions de vie créent un milieu de référence.

> La culture, c'est en somme ce qui confère signification au monde. Canguilhem y trouvait, en une sorte de définition minimale, un code d'interprétation pour l'expérience humaine. Un code, c'est-à-dire une référence de lecture et une référence partagée collectivement. C'est un code à double versant. D'une part, la culture est un milieu de vie, et, d'autre part, un horizon. La culture est un donné et une construction[57].

Les facultés de résistance et d'adaptation, dont plusieurs générations ont fait preuve, n'étonnent pas autant que leur capacité de créer de nouvelles traditions. Il faut donc être prudent dans l'appréciation de l'influence des nouveaux messages culturels sur les classes populaires. Leur influence dominante serait d'accroître l'uniformité des conduites plutôt que de donner naissance à un sentiment d'anonymat. L'impression de « solitude dans la foule » reste pour l'essentiel un sentiment bourgeois ou petit-bourgeois. Il semble improbable que les membres des classes populaires aient vraiment conscience de l'uniformité croissante de leur vie et de leurs divertissements[58].

Les gens des classes populaires sont beaucoup moins influencés par leurs consommations culturelles qu'on ne le dit dans certains milieux. Leurs facultés de résistance et d'adaptation permettraient d'ignorer les sollicitations de la culture et du loisir modernes ou même « d'en amender les productions les plus douteuses par la retraduction qu'ils leur font subir, conformément à leurs habitudes et à leurs modèles traditionnels[59] ». Des pans entiers de la vie quotidienne des classes populaires restent à l'abri des changements produits par les nouvelles industries culturelles. Certains traits du mode de vie populaire, non seulement se maintiennent en milieu urbain et industriel, mais encore les nouveaux produits culturels de masse subissent une réadaptation au mode de vie populaire. De sorte que la vogue des activités culturelles chez les classes populaires ne s'explique que dans la mesure où ces activités s'appuient sur leurs solidarités de base.

La culture populaire est une culture ouverte. « Toute forme de culture populaire, à la fois dominée et ouverte, contient en elle une dialectique polarisée par l'emprunt et la résistance, par la passivité et l'initiative, par la domination et l'expression propre[60]. » La culture populaire est une culture contestataire. Les initiatives culturelles qui ne s'enracinent pas dans l'expérience des classes populaires laissent ces dernières indifférentes, « passives ». Or, de nos jours, « la culture a quitté l'existence commune; on ne lui reconnaît plus formes et structures que dans les enceintes où des organisations la planifient et la produisent[61] ». « La culture officielle (dans la religion, le droit, la médecine, le loisir, l'école) se fédère en une énorme bureaucratie chargée de produire des genres de vie et

qui s'assure ainsi, par défaut de l'autre culture, de sa propre reproduction[62]. » Par contre, ce que les cultures populaires ont conservé, c'est justement le sens des genres de vie, les solidarités de voisinage et de parenté[63].

En bref, cette constellation d'attitudes et de comportements qui composent la culture des classes populaires s'exprime dans un sentiment éprouvé d'appartenance irréversible à une communauté soumise aux mêmes limitations et aux mêmes contraintes et dont on trouve des manifestations concrètes dans

> [...] la valorisation sentimentale du cercle familial et des relations propres au groupe restreint, dans la perméabilité des relations familiales aux relations de voisinage, dans l'utilisation des circuits personnels de solidarité et d'entraide, dans le caractère local et communautaire des divertissements ou de la vie quotidienne et, surtout, dans la bipartition fondamentale de l'univers social entre « eux » et « nous », c'est-à-dire dans le dédoublement du système de référence des jugements et des actions, les dispositions morales et les techniques du rapport à autrui pouvant aller jusqu'à s'inverser selon qu'on est « entre soi » ou qu'on doit entrer en rapports avec le monde des « autres »[64].

L'attitude vis-à-vis des « autres » est constituée par un amalgame de défiance, d'amour-propre, de fausse déférence, de provocation et de démission. Quant au conformisme de classe, il s'exprime dans la tolérance envers les membres du groupe et il s'appuie, vis-à-vis des autorités, sur une tradition de dissidence. Les plus démunis, parmi les gens de milieu populaire, ont pour leur part une conscience sourde de leur destin socio-économique, ce qui suscite chez eux fatalisme et résignation[65].

LES ATTITUDES POPULAIRES FACE À LA MALADIE ET À LA SANTÉ

La santé, selon Rosenstock[66], dérive d'une attitude tournée vers le futur, vers le report des gratifications liées à des besoins immédiats dans le but d'obtenir des satisfactions encore plus grandes à l'avenir. Or, les conditions réelles de vie des classes populaires et l'horizon étroit qu'elles induisent, compromettent l'adoption d'une

attitude de prévention de la maladie, telle attitude correspondant à un problème de plus auquel on n'ose pas penser et dont on ne s'inquiète pas outre mesure[67]. On perçoit peu de bienfaits liés à la prévention, on pense en retirer plus de mal que de bien. Les changements recommandés représentent une menace pour son équilibre. En général, chez les classes populaires on a avec son corps une relation empreinte de fatalisme qui s'inscrit dans le cadre d'un sentiment général d'impuissance et d'incapacité face à un environnement souvent hostile. Ce sentiment d'impuissance entraîne des attitudes vis-à-vis de la santé qui ne favorisent pas l'adoption de comportements préventifs.

Les gens de milieux populaires valorisent moins la santé que les personnes de classes sociales favorisées parce qu'ils cèdent en priorité à une satisfaction immédiate plutôt qu'à une perspective à long terme[68]. Sans doute l'interférence de symptômes avec les activités quotidiennes est un facteur déterminant du recours à une consultation médicale, mais ce recours intervient davantage pour les maladies aiguës que pour les maladies chroniques. Le recours au service de soins est souvent perçu comme menaçant à cause des changements susceptibles d'être prescrits. Le manque d'information, la gêne, voire la honte de son corps, le manque de perspectives d'avenir sont autant d'obstacles supplémentaires[69].

Nous avons vu précédemment que le mode de vie populaire accorde une valeur fondamentale au monde du quotidien, au sens du présent, de même qu'au goût de vivre. De sorte que bien vivre, c'est savoir en profiter et rechercher le petit extra qui adoucira la vie. Les infimes plaisirs prennent alors une place de choix dans la hiérarchie des priorités, même lorsqu'on éprouve des difficultés à boucler son budget. La place du tabagisme, de la consommation d'alcool et du « bien manger », dans les classes populaires, s'explique si on situe ces comportements dans un contexte d'hédonisme de surface.

Dans cette perspective, on remarque une certaine fonction compensatrice de la bonne chère: « tant qu'on a l'estomac bien garni il n'y a pas à se plaindre[70]. » Les habitudes alimentaires sont liées à l'idée que l'on se fait du bien-être physique et émotif. L'importance attachée à l'alimentation en général et à tel aliment en particulier est liée à la hiérarchie des valeurs et influence les comportements[71].

En ce sens, dans les classes populaires, lorsqu'on parle d'un bon repas nourrissant, on fait allusion à un repas copieux plutôt qu'à un repas équilibré. Un « bon » repas doit se composer d'une nourriture qui « remplit » l'estomac, de préférence avec de la viande, avoir un goût bien senti qu'on obtient par l'usage généreux de différentes sauces et être servi dans un contexte chaleureux ou familial. On ne lésinera pas sur les fritures, sur la viande et sur les pâtisseries. Évidemment, tout n'est pas fonctionnel dans une telle alimentation. Il y a à la fois des raisons réelles et symboliques qui légitiment le repas copieux et riche en protéines. À cet égard, soulignons la résistance qu'opposent les diverses traditions familiales du milieu populaire en matière d'habitudes culinaires, aux messages de spécialistes incitant à équilibrer et à alléger son alimentation.

Les motivations reliées au comportement alimentaire ne sont donc pas basées seulement sur des besoins, mais aussi sur des aspirations. À titre d'exemple, la viande serait le symbole d'un certain statut social et l'importance qu'on y attache pourrait varier en fonction d'un changement de position sociale. L'absence de viande symbolise la faim et l'insécurité financière toujours menaçantes, la crainte de tomber plus bas, de ne pas « tenir » le coup. C'est l'inquiétude que traduisent les attitudes relatives à la viande chez les moins favorisés de l'existence[72].

Ces quelques exemples illustrent les obstacles inhérents à la culture populaire quant à l'adoption d'attitudes de prévention de la maladie. Ajoutons que l'importance accordée à la chance et au destin, la difficulté à manier les idées générales ou abstraites freinent la pénétration de l'information préventive, de même que l'intérêt qu'on y accorde. L'ensemble de ces attitudes se maintiennent, ou du moins se transforment très lentement, compte tenu de la force du conformisme populaire. Rappelons qu'en milieu populaire, on ne vise pas à faire mieux que le voisin, mais plutôt à faire ce qui se fait. D'ailleurs, dans les classes populaires, l'attitude peu réceptive à l'égard des messages préventifs visant la modification d'habitudes de vie s'explique, en partie, par la méfiance du monde des « autres » ; ce qui fait qu'on accepte difficilement de se faire dicter sa conduite par des professionnels de la santé. Également, il importe de souligner l'influence prépondérante du « voir ensemble » et du « faire ensemble », en tant que guide pour l'adoption ou l'abandon d'activités bénéfiques ou néfastes pour la santé.

En somme, des particularités de la culture populaire émergent des attitudes et des pratiques en rapport avec la santé et la maladie qui comportent leur propre logique interne. Loux et Fravret Saada ont suggéré « qu'au lieu de taxer les perceptions et pratiques de santé qui ont cours dans les milieux populaires d'irrationnelles, il vaudrait mieux chercher à décrypter la logique interne qui les fonde[73] ». De sorte qu'une étude des représentations sociales de la santé et de la maladie, même sommaire comme celle à laquelle je vais procéder, devrait permettre d'observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les classes populaires et surtout comment se structure logiquement et psychologiquement l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie.

> Autant que les facteurs sociaux dont dépendent santé et maladie, autant que les institutions et normes sociales les concernant, il nous faut étudier la perception que l'individu en élabore et le sens qu'ils prennent pour lui[74].

LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE DU MILIEU POPULAIRE

Qu'est-ce qu'une représentation sociale? C'est un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation: instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social et de le dominer; assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code d'échanges et de classification univoque des éléments de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective[75]. Moscovici définit la représentation comme un système cognitif, caractérisé par une logique ainsi que par un langage particulier: « une structure d'implication qui porte autant sur les valeurs que sur des concepts, un style de discours qui lui est propre[76] ». Le concept de représentation témoigne de l'effort de retraduction, de réinterprétation collective qu'un groupe social imprime aux événements et aux éléments de son environnement. Pour Moscovici la représentation sociale a trois propriétés: un mouvement de construction du réel par le sujet; un rôle de médiation entre les activités perceptives et les

activités cognitives; enfin, la détermination d'un contenu par l'ensemble des conditions objectives tant sociales qu'économiques[77].

L'une des façons de cerner la structure logique des représentations sociales de la santé et de la maladie consiste à recourir à l'épidémiologie de type subjectif. Cette épidémiologie s'intéresse à l'évaluation et à l'idée que les membres d'un groupe social donné se font de la santé et de la maladie et, à cette fin, elle utilise des données dites subjectives. Les données subjectives sont issues de la déclaration même de l'individu sur un état ressenti, une interprétation de comportement ou un effort de mémoire. Alors que les données objectives proviennent de l'examen clinique, biologique ou technique qui sert à établir la condition de l'individu ou la présence d'un facteur de risque[78]. L'épidémiologie subjective, ou en d'autres mots l'auto-diagnostic et l'auto-évaluation, constitue le lieu d'actualisation du savoir sur la santé et la maladie d'un groupe social défini[79]. Ces différents rapports comportent une logique, nécessa - ment relative, mais qui prend un sens lorsqu'on la situe « dans le contexte foisonnant des correspondances entre l'homme, son corps et l'univers[80] ».

Dans cette perspective, on remarque que, appelés à l'auto-évaluation de leur santé, les répondants du milieu populaire associent dans la presque totalité des cas des éléments physiques (capacité fonctionnelle) à des éléments psychologiques (être bien dans sa peau), tandis que les informateurs de milieux aisés s'en tiennent au physique et à la présence ou non de problèmes précis[81]. Dans les milieux bourgeois, la représentation de la maladie est conforme à l'idée des milieux médicaux sur la bonne santé et la maladie.

> Ce qui est frappant, c'est la grande concordance de résultats des études sur la représentation sociale de la santé et de la maladie qui ont été effectuées sur des populations de divers pays. Les ouvriers et les ruraux de plusieurs pays perçoivent la maladie de la même manière. Il en est de même pour les gens riches[82].

Plus précisément, c'est dans le rapport de l'individu à la maladie que, dans le milieu populaire, on a tendance à se référer à l'élément psychologique comme cause de la maladie. Alors que dans les milieux de culture bourgeoise, c'est dans leur définition de la santé qu'on se réfère plus fréquemment à des dimensions psychologiques[83].

« Dans la façon dont s'élabore la perception du malaise, sinon le malaise lui-même, tous les éléments du vaste univers de la santé sont présents. Les mythes aussi bien que les faits, les savoirs et les croyances aussi bien que les institutions[84]. » Le processus de socialisation concernant le corps diffère selon la classe sociale. L'intérêt porté au corps sera différent: les cols blancs considèrent leur corps comme une machine à préserver et à garder en parfait état de fonctionnement à l'aide des soins les plus appropriés; les cols bleus conçoivent leur corps comme ayant une période limitée d'utilité; on peut en profiter pendant la jeunesse et ensuite on doit stoïquement en souffrir quand viennent l'âge et la décrépitude. La perception des sensations morbides est aussi inégalement développée dans les classes sociales. Tout se passe comme si des sensations similaires faisaient l'objet d'une interprétation différente selon la culture. La conception de la maladie est donc variable, de même que la perception des symptômes et elles influencent la recherche d'aide[85].

Dans les classes moyennes supérieures et dans la bourgeoisie, la perception de la maladie, la description des sensations de morbidité, l'attention accordée à son corps et à l'usage qu'on en fait seront différentes de celles du milieu populaire. On observe dans la bourgeoisie et dans la petite bourgeoisie, une aptitude à verbaliser les sensations morbides et corporelles, de même qu'à décrire avec précision les modifications du corps. Selon une étude des perceptions de la santé et de la maladie de deux populations de Montréal[86], être en santé, pour la petite et moyenne bourgeoisie, représente idéalement la conquête d'une normalisation des états physiques, de l'apparence corporelle en termes de beauté, d'esthétique corporelle liée à des références à la sveltesse, à l'éclat des yeux et du teint comme indicateurs de santé. À une activité physique accrue correspondraient une certaine forme de santé physique croissante et un dynamisme psychologique intense en termes d'ambition et de motivation. Or, avoir du travail et pouvoir l'accomplir constitue l'un des éléments prépondérants de la définition de l'état de santé pour l'échantillon de Pointe-Saint-Charles. Alors que pour celui de l'Université de Montréal, tout semble indiquer qu'il ne suffit pas d'avoir du travail et de pouvoir travailler, mais

> qu'il faut surtout travailler davantage, être davantage motivé, avoir plus d'ambition, être plein de vitalité. Être en santé, ce n'est

pas seulement pouvoir agir, mais pouvoir décupler ses succès dans tout ce qu'on entreprend, c'est être mû sans cesse par la conception des projets importants et le désir de réussir[87].

Parce que les gens des classes populaires utilisent généralement leur corps le plus longtemps et le plus intensément possible, ils se représentent la maladie comme un accident soudain qui fait rupture avec l'état de santé; dans les classes sociales aisées, par contre, on perçoit la maladie comme une dégradation lente et insidieuse de la santé qui s'inscrit dans le temps. « L'un et l'autre types de comportement renvoient à une image négative ou positive de la médecine. Le rapport réflexif au corps, caractéristique des classes supérieures, est peu compatible avec une utilisation intense du corps et commande des recours plus fréquents à la médecine[88]. »

La perception de la douleur et, plus généralement, des sensations corporelles est donc variable. On dirait qu'elle fait l'objet d'une sélection et qu'elle est vécue différemment avec plus ou moins d'intensité selon l'appartenance sociale de ceux qui l'éprouvent. Voici quelques exemples: après un repas riche en féculents et en graisses, les gens de classes supérieures expriment leurs sensations en termes de lourdeur, d'assoupissement et d'encombrement; alors que les classes populaires expriment des sensations euphoriques de réplétion digestive: on se sent calé, rempli, on reprend des forces[89]. D'un côté, on valorise la minceur, l'apparence physique; de l'autre, la force physique.

Dans l'étude de Claudine Herzlich[90], parmi les pratiques le plus souvent mentionnées comme nécessaires au maintien d'une bonne santé, le régime alimentaire revient le plus fréquemment. Le même constat ressort d'une recherche plus récente[91], l'alimentation dépasse en importance les autres facteurs de conservation de la santé. C'est pourquoi, et compte tenu des limites inhérentes au cadre de la présente réflexion, j'ai choisi l'exemple des pratiques alimentaires pour illustrer les représentations sociales qui les induisent.

Hors de toute limitation économique, certaines traditions culturelles entraînent par choix des régimes alimentaires déficitaires ou dangereux. Avec leur haut degré de ritualisation et leur puissant investissement affectif, les activités culinaires sont un lieu

de bonheur, de plaisir et d'invention[92]. Elles constituent un moyen important d'expression culturelle. À cet égard, les paroles d'une résidente d'un quartier populaire en France sont éloquentes:

> On ne peut se réjouir qu'après avoir durement travaillé; donc seuls les travailleurs savent goûter le vin comme il faut [...]; savoir apprécier le vin c'est savoir se réjouir. Le vin, c'est le sang des travailleurs, ce qui leur donne la force et courage d'accomplir leur tâche, c'est la compensation de leur vie difficile, la fête à laquelle ils ont droit[93].

À travers l'intérêt et le soin accordés aux repas, dans les plaisirs qu'on s'autorise ou dans les restrictions qu'on s'impose, se manifeste la relation qu'on entretient avec son propre corps et avec autrui. On y observe le signe du surinvestissement affectif dont la nourriture est le lieu et les représentations sociales spécifiques de chaque culture. De ces représentations émergent « les paradoxes du goût de nécessité[94] ». En fonction de leur mode de vie, les classes populaires se portent vers les nourritures à la fois les plus « nourrissantes », les plus économiques et dont la consommation doit s'effectuer dans un contexte chaleureux ou familial. Il y a, par exemple, une certaine cohérence dans la suralimentation de l'enfant, considérée par les professionnels de la santé comme aberrante lorsqu'elle est mise en rapport avec la représentation populaire qui valorise l'embonpoint et qui s'explique par la peur d'en manquer; la santé est ici en étroite relation avec la satiété. Les pratiques des classes populaires en matière d'alimentation ne sont pas fondées sur l'indifférence ou l'incohérence, elles comportent la plupart du temps une finalité thérapeutique et morale[95].

On retrouve par ailleurs dans les milieux de culture bourgeoise d'autres ritualisations de l'alimentation. Qu'il suffise de mentionner les rites qui ont trait à l'arrivée du Beaujolais nouveau, aux régimes végétariens ou végétaliens dont les adeptes s'imposent volontairement un système d'exclusions ou de préceptes stricts. Ces rites illustrent l'importance du culte de la jeunesse et de la beauté, de même que la frayeur qu'inspirent le vieillissement et la mort dans la culture bourgeoise. On y dénote aussi la contradiction entre l'idéal de beauté célébré (minceur musclée) et la réalité du mode de vie bourgeois (sédentarité, confort, un certain mépris des tâches manuelles). De sorte qu'un grand nombre de personnes appartenant

aux classes sociales favorisées se sentent mal à l'aise dans leur corps et en accepte avec difficulté l'image d'imperfection[96]. « D'où une croyance puérile dans l'idée que leur envie de vivre ou leurs déceptions tiennent pour l'essentiel à quelques kilos de trop[97]. »

Une étude déjà citée[98] constate certains faits d'intérêt reliés au discours de la population montréalaise sur la santé et la maladie. Pour le milieu populaire de Pointe-Saint-Charles, santé et maladie sont compatibles, car elles se situent sur un même continuum bio-physiologique et ne diffèrent qu'en termes de degré d'intensité. Alors que pour le milieu intellectuel de l'Université de Montréal, la santé se situe à un niveau idéal, c'est-à-dire dans une perspective de santé totale; on y conçoit la santé comme une négation, comme une absence totale de maladie. Or, la santé, dans le milieu populaire de Pointe-Saint-Charles, se définit comme la capacité de travailler, pour s'auto-suffire et satisfaire à ses besoins fondamentaux. L'accent est mis plutôt sur les conditions de santé que sur la santé elle-même, c'est-à-dire la possession des ressources appropriées pour vivre décemment, dont un travail rémunéré[99]. Dans le milieu intellectuel de l'Université de Montréal, la santé est perçue comme une jouissance totale des capacités physiques et psychologiques et comme un moyen de perfectibilité professionnelle et statutaire[100]. La notion de santé totale est vraisemblablement une réalité plus fréquente chez les gens de l'Université de Montréal, alors qu'elle n'est qu'abstraction chez ceux de Pointe-Saint-Charles. De sorte qu'envisager la possibilité d'une « santé totale » suppose une certaine familiarité avec un état complet de bien-être bio-psychologique[101]. Plus exposé aux facteurs de maladie et vivant davantage l'expérience de la maladie, l'individu du milieu populaire de Pointe-Saint-Charles a défini ses critères pathologiques en termes moins négatifs que le milieu intellectuel de l'Université de Montréal, qui, lui, est plus familier avec l'expérience de la santé qu'avec celle de la maladie.

La représentation de la santé totale illustre un type de rapport de l'individu à son corps. Ce rapport s'avère manifestement influencé par la culture et l'environnement. La « santé totale » apparaît comme une réalité projetée en tant qu'idéal à atteindre qui s'affirme à partir d'une philosophie et d'un style de vie particuliers. Ce désir de mieux-être représente l'idée collective que la majorité

des membres des classes sociales aisées se font de la « santé totale », ce à quoi elles aspirent et à quoi elles invitent les autres classes. Cette « santé totale » est promue par des personnes dont l'influence est prépondérante sur la pensée de la société en général. La référence à ce modèle pousse probablement chacun à se situer sur une grande échelle d'insatisfaction. Il faut alors tout mettre en oeuvre pour atteindre des critères de santé de plus en plus élevés et diversifiés. D'où la tendance à médicaliser des aspects grandissants de la vie contemporaine. Ce discours prédominant sur la santé et la maladie laisse transparaître des attentes et des besoins socio-culturels en matière de santé qui appartiennent davantage aux milieux de culture bourgeoise.

CHAPITRE 3

Le système de santé: acteurs et culture

Dans le chapitre précédent, j'ai tenté de discerner les attitudes et les représentations propres aux milieux populaires en ce qui concerne la santé et la maladie. Dans le présent chapitre, j'examinerai la distance culturelle qui sépare le système de santé du milieu populaire. À cette fin, je présenterai l'influence de la culture des intervenants et de leurs représentations de la santé et de la maladie sur la clientèle des classes populaires. De ces observations émaneront des difficultés reliées au rétrécissement du dialogue thérapeutique. Dans le but d'éclairer ces constatations, je puiserai à même les résultats de différentes recherches sur la vulgarisation scientifique. La restriction du champ de la relation thérapeutique s'accompagnant d'un développement important de l'appareil institutionnel, une description de l'organisation des services nous permettra de faire ressortir les difficultés d'accès qu'elle comporte pour les gens des milieux populaires. Comme l'institutionnalisation de la santé et de la maladie implique que de vastes secteurs de la vie collective sont maintenant confiés à des experts et à des professionnels de la santé, l'identification des principales composantes de la professionnalisation des services de santé démontrera en quoi on s'éloigne des clientèles de culture populaire.

LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE DES INTERVENANTS ET LEUR INFLUENCE SUR LA CLIENTÈLE

Les institutions de santé éprouvent en général de la difficulté à rejoindre les clientèles de milieux populaires. Les mécanismes mis en place pour atteindre la population qui en a le plus besoin sont souvent inadéquats. La représentation de la « santé totale » décrite à la fin du chapitre précédent alimente cette incompréhension qui prévaut entre les professionnels de la santé et les milieux populaires. Car, pour le milieu populaire se profile l'idée ou l'image d'une compatibilité entre santé et maladie, entre l'existence d'un état de santé et de malaises physiques. Une incompréhension se manifeste, entre ces gens et les professionnels de la santé, lorsque ces derniers veulent dicter un comportement de santé totale ne correspondant pas à l'expérience populaire de l'état de santé. Voici à titre d'exemple les paroles d'une dame de Pointe-Saint-Charles: « Les gens nous dictent comment vivre [...] Pourtant de nos jours, tu ne vis pas comme tu veux mais comme tu peux [...] Ils nous imposent leur point de vue: tu devrais faire ceci, cela [...] aller dehors faire du sport [...] alors que je me sens bien à la maison avec mes crochets de tissage[1] [...] » La dispensation de l'information préventive et des services préventifs se ferait donc selon une formule qui convient probablement surtout à celles et à ceux qui les dispensent; le contenu de ces informations et de ces services traduirait avant tout les préoccupations des intervenants[2].

Voici une illustration de cette hypothèse. Au Québec, la gratuité des services dentaires professionnels dispensés aux enfants ne résout pas à elle seule le problème de l'accès des familles de milieux populaires aux soins dentaires. Les constatations selon lesquelles les classes démunies ne sont pas celles qui auraient le plus bénéficié de cette gratuité nous amènent à penser que l'instauration de la gratuité des services dentaires correspond à une préoccupation propre aux classes moyennes supérieures plutôt qu'à celle des classes populaires. En d'autres mots, la mise en place de services dentaires gratuits pour les enfants n'a pas permis de réduire les écarts importants de la santé dentaire entre les classes sociales. Par contre, on note que les professionnels du secteur de la santé dentai-

re ont développé une pratique à l'avantage de leurs pairs, alors que la population de milieux populaires, pour laquelle les planificateurs avaient justifié l'instauration de cette gratuité, n'est pas celle qui en a le plus bénéficié[3].

Les planificateurs du système de santé et des services sociaux appartiennent en majorité à une classe sociale qui a ses références culturelles particulières: celles qui sont inhérentes à la culture bourgeoise. Les services de type préventif étant définis à partir de ces références, ils risquent de correspondre surtout aux besoins de cette culture. Cette hypothèse s'avère particulièrement appropriée au domaine de la prévention où il faut souvent modifier des attitudes et des habitudes de vie; il y a une équation entre l'appartenance sociale des planificateurs et celle des utilisateurs[4]. À cet égard, il est significatif de constater que le discours qui justifie la planification et la dispensation gratuite des services de santé ne se vérifie pas concrètement lorsque l'on confronte les utilisateurs aux populations à partir desquelles on fonde les services, et en particulier les services de prévention[5].

Au Québec, en matière de prévention, le secteur de la périnatalité a été l'objet de plusieurs remises en question. L'évaluation des cours prénataux a fait ressortir la difficulté de rejoindre les femmes enceintes de milieux populaires. À la suite de ce constat, des sessions de formation à l'intervention en périnatalité en milieux populaires ont été données aux infirmières des CLSC oeuvrant auprès de cette clientèle*. Deux animateurs ont élaboré une analyse de ces sessions dans le cadre d'une maîtrise en service social[6]. Les auteurs de cet essai concluent: les participantes aux sessions ont, pour la plupart, une vision négative des milieux populaires; elles perçoivent la situation des femmes de ces milieux à travers les lunettes de leur profession; elles ne prêtent pas beaucoup de crédibilité au savoir et à la culture populaires; elles ont une vision très positive de leur propre situation d'intervenantes[7]. Dans ce même essai, les auteurs soulignent les principales difficultés rencontrées lors d'une pratique de conscientisation en milieu populaire ayant

---

* J'ai participé à l'une de ces sessions en tant qu'observatrice.

duré dix-huit mois (projet OLO pour oranges, lait, oeufs), à savoir: la perception très négative chez les intervenantes des classes populaires; la tenacité de leurs préjugés et leur manque de confiance dans le potentiel des femmes enceintes de ces milieux; la difficulté de relier leur pratique quotidienne, comme intervenantes, à des perspectives de changement social; enfin, l'absence d'une vision globale de la santé dans notre société[8]. Les auteurs de l'essai précisent: « La conscientisation pour des professionnelles de la petite bourgeoisie, c'est de se laisser interpeller, de relativiser le sentiment de supériorité culturelle et professionnelle qui a été intériorisé [...] à travers des années de formation[9]. »

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent: si l'on veut parvenir à saisir la culture des gens de milieux populaires, il nous faut aussi comprendre ce à quoi elle s'oppose. La culture populaire doit être définie dans ses rapports à d'autres types de cultures, dans un champ de pratiques culturelles conflictuelles, dont les acteurs sont porteurs d'enjeux, de revendications, de valeurs, de modes de vie plus ou moins spécifiques. Car, ce qui concourt à l'exclusion et à l'acculturation des milieux populaires, c'est tout un ensemble de codes sociaux, de certitudes établies et d'idées reçues que l'on ne parvient pas à dépasser et, par conséquent, qui occasionne des transferts culturels à sens unique, sans véritable succès. On planifie alors des programmes ou des services de santé sans compter avec les résistances des milieux populaires contre lesquelles se heurtent pourtant les politiques pavées de bonnes intentions[10]. C'est souvent, aussi, sous le seul rapport de leur condition d'assistés, de culturellement sous-développés que les gens de milieux populaires sont considérés et pris en charge[11].

Dissipons sommairement toute ambiguïté. J'entends par culture bourgeoise, l'ensemble des manières collectives de penser et d'agir propres aux classes moyennes instruites et à la bourgeoisie. Il paraît utile de mentionner qu'il existe trois échelles de classes sociales: politique, économique et culturelle. Aux fins de la présente réflexion, je m'attarderai à décrire la culture qui caractérise les classes moyennes ayant une scolarité élevée et la petite bourgeoisie. En ce sens, J. Bainville écrivait: « On peut être bourgeois sans rien posséder et ne pas l'être en possédant. L'état de bourgeoisie est un genre de vie et une manière de penser. Ce sont des moeurs et un

état d'esprit [...]. En dernière analyse, la bourgeoisie consiste dans une certaine éducation[12]. » Cette culture bourgeoise, celle de la majorité des intervenants de la santé, comporte des particularités susceptibles d'apporter un éclairage à mon objet d'étude.

L'abstraction du réel et celle de l'affectivité constituent les deux principaux signes distinctifs de la culture bourgeoise. Cette pratique s'apprend, entre autres lieux, à l'école au fil des années. On comprend donc que ceux qui ont un long passé scolaire et qui ont accédé à des niveaux supérieurs forment le noyau majoritaire des pratiquants de cette culture, grâce à l'accumulation des connaissances qu'ils ont pu y amorcer, et grâce surtout à cet apprentissage des mécanismes d'abstraction. Cette culture n'est donc pas un don individuel ni un domaine socialement neutre et protégé au niveau collectif[13].

Par ailleurs, certaines conditions de travail obligent à des relations formalisées, chez les cadres mais aussi chez une partie des employés. Dans l'exercice professionnel, le dialogue, la discussion, la réunion, entre autres, font partie intégrante de la fonction. Ce sont aussi les rapports avec des supérieurs, des égaux, des subordonnés, qui enseignent la pratique de relations diversifiées, l'usage de ce qui peut ou doit être dit. C'est en quelque sorte la possibilité d'agir à travers des réseaux de relations, et d'orienter, partiellement du moins, sa propre action. Ces situations sont caractérisées par le maniement des symboles — langage oral ou écrit, nombres, quantités abstraites, idées — au contraire du travail manuel où c'est la matière, les objets qui sont à manoeuvrer[14].

Dans le travail manuel, les échanges, dialogues, réunions, non seulement ne font pas partie intégrante du travail, mais sont le plus souvent interdits, au nom de la productivité. Or, au sommet et au milieu de la hiérarchie professionnelle, le travail lui-même enseigne la pratique des relations formelles, alors que les travailleurs au bas de l'échelle sont maintenus dans un monde concret de relations. Le langage abstrait et diversifié propre à la plupart des emplois de cadres et des professions intellectuelles est un porteur d'informations générales, de symboles, d'abstractions, qui s'éloigne autant que possible de l'affectif[15]. La fréquence des réunions que ces emplois exigent, l'usage généralisé du rapport et du compte rendu

écrit et oral, rendent ce langage familier à ceux qui occupent ces postes. Son usage dans le cadre professionnel augmente la maîtrise qu'en donnent les études théoriques et longues qui prolongent souvent un apprentissage commencé au sein du milieu familial[16]. Ainsi se conjuguent la situation au travail et les acquis antérieurs pour rendre ce langage accessible et habituel aux catégories du haut de l'échelle sociale et, en contrepartie, pour le rendre étranger aux catégories populaires. On sait également le handicap que représente une carence verbale, non seulement lexicale mais aussi syntaxique, pour manipuler des concepts et pour la maîtrise du raisonnement. La correspondance entre le niveau des connaissances scientifiques et l'expression verbale a été démontrée[17].

Outre le handicap scolaire des catégories populaires, les conditions de travail pèsent sur elles: peu de communications verbales, et surtout écrites, absence d'informations générales, imposition du concret et de l'opération matérielle, échange unilatéral du haut de la hiérarchie vers le bas, absence de participation, même à des degrés intermédiaires, à l'élaboration abstraite de la production ou de sa mise en oeuvre.

> Tout concourt à faire du lieu de travail le lieu du silence de la parole, même si c'est le lieu du bruit assourdissant. Il n'est pas étonnant alors, quand on examine les modes de vie de ces catégories populaires, de constater que le langage formel y tient une place réduite, en particulier dans les pratiques éducatives, comme le montrent les quelques études disponibles faisant apparaître ce handicap linguistique qui s'ajoute aux précédents sur le chemin d'accès à la culture cultivée[18].

Par conséquent, coupées d'un contexte concret, d'une motivation à court terme, réduites simplement à être les éléments de base d'une autre culture, la lecture et l'écriture ne sont pas maîtrisées et ainsi se perd le pouvoir immédiat que leur contrôle apporterait[19]. Alors que chez les professionnels de la santé, contrôler son temps et son avenir, agir au sein d'un réseau de relations, rendre la parole active et efficace, mais aussi accumuler des connaissances et se forger des modes de pensée manipulant l'abstrait et le général, tout cela représente la prise en main de son existence et de son avenir

professionnel[20]. D'où, l'utilisation très répandue dans le discours sur la promotion de la santé de l'expression « prendre en charge sa santé ».

L'écriture constitue aussi un principe de la hiérarchisation sociale qui privilégie le bourgeois et le technocrate:

> La maîtrise du langage garantit et isole un pouvoir nouveau, « bourgeois », celui de faire l'histoire en fabriquant des langages. Ce pouvoir est essentiellement scripturaire, il définit le code de la promotion socio-économique et domine, contrôle ou sélectionne selon ses normes tous ceux qui ne possèdent pas cette maîtrise du langage[21].

Les normes et les postulats socio-culturels proviennent maintenant du règne d'une politique médicale, celui de la représentation, de la gestion du bien-être des individus, plutôt que de celui d'une politique juridique, comme dans un récent passé[22].

Néanmoins, on note l'émergence d'un nouveau type d'intervenants oeuvrant dans le champ de la santé: les groupes d'autosanté. Ceux-ci souhaitent, pour l'essentiel, transformer les mentalités en intensifiant les contacts des usagers avec la culture savante et en reconquérant un espace auprès du pouvoir établi[23]. Cependant, le profil des individus qui travaillent dans ces groupes est assez homogène et s'apparente à celui des professionnels classiques: une scolarité élevée et une formation professionnelle. Quant aux usagers, leur profil est davantage hétérogène; ils exercent divers métiers et ont des degrés d'instruction moindres et variés[24]. L'action de ces groupes vise la remise en question d'une conception acquise des soins et des services médicaux. Cette approche provoque toutefois une certaine résistance. Plusieurs usagers se contenteraient volontiers d'être des consommateurs de services améliorés. Il y a des hésitations aussi face à l'impératif de prendre sa santé en charge; la santé est rarement perçue comme un bien collectif à sauvegarder et à promouvoir, elle l'est le plus souvent comme un état de bien-être individuel[25]. Parmi les usagers de ces groupes, plusieurs n'acceptent pas de renoncer à leurs habitudes de consommateurs. Ainsi la santé aurait sa culture, ses habitudes, cette confiance attribuée à tel remède plutôt qu'à tel autre.

En somme, nous constatons qu'en dépit de certains courants novateurs, les personnes de milieux populaires disposent rarement d'outils véritables pour modeler les programmes ou les services de santé selon leurs besoins et leur imprimer leurs références culturelles. Loin de se limiter à ne pas répondre aux besoins, une telle situation renforce les inégalités plutôt qu'elle ne les amenuise[26].

LES DIFFICULTÉS DE L'INTERPRÉTATION

Nous venons de le voir, les représentations de la santé et de la maladie des intervenants impriment une orientation aux services qu'ils dispensent, qui ne correspond pas toujours aux préoccupations du milieu populaire. Par conséquent, le dialogue préventif et curatif, entre les professionnels de la santé et les classes populaires, se heurte souvent à une incompréhension réciproque. Cette distance culturelle et son influence se maintiennent en dépit des nombreux efforts déployés pour améliorer la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique

La relation thérapeutique la plus valorisée est bien sûr celle du malade et du médecin. On peut l'observer dans les faits, mais aussi dans les représentations individuelles et collectives[27]. Car, dans notre société, c'est le médecin qui détient le pouvoir institutionnel de reconnaître les maladies et de traiter les malades.

La relation thérapeutique peut être purement préventive ou curative. Mais avant tout, elle est « plus et autre chose qu'un rapport étroitement pragmatique[28] ». L'élément affectif, le contact affectif, revêt une grande importance; la sympathie et la confiance interviennent dans la réussite ou l'échec d'un traitement. Certes, une partie de la relation thérapeutique se compose du savoir technique professionnel, mais une autre partie non moins importante peut être qualifiée de zone « éthico-psychologique[29] ». Cette zone constitue en quelque sorte une confiance rejoignant une conscience[30]. Soulignons le caractère asymétrique de la relation thérapeutique, car cette confiance ne s'échange pas dans un rapport de réciprocité[31].

La maladie provoque des changements ou des perturbations dans les relations de la personne malade avec son univers. Il n'y a pas de maladie organique qui n'induise pas certaines conséquences psychologiques, même si elles ne sont que réactionnelles. La relation thérapeutique s'instaure sur un « fonds de modifications relationnelles intra et intersubjectives[32] ». De sorte qu'elle renvoie à l'individu dans son ensemble, puisque les perturbations intrasubjectives font partie intégrante de la maladie. Plus concrètement, on peut affirmer que la relation du malade au soignant fait intrinsèquement partie de la maladie et que la maladie comporte un processus intersubjectif. Il est possible aussi de vivre une relation thérapeutique imaginaire, sous la forme d'une négation, d'un refus, d'une fuite; il s'agit alors manifestement « d'une conduite intersubjective de maladie[33] ».

La relation thérapeutique est constituée d'une multitude d'éléments reliés à la personnalité et à la culture du professionnel et à celles du malade, de même qu'à leurs relations. Ces éléments sont si nombreux et si finement dissimulés que même l'observation directe ne permet pas d'en dresser un inventaire[34]. Le plus difficile dans la relation thérapeutique, ou dans son analyse, est en effet la reconnaissance de l'intersubjectivité. À titre d'exemple, lorsque des individus se plaignent d'être considérés comme des « numéros », « c'est leur implication personnelle dans la relation thérapeutique qu'ils posent comme référence, puisqu'ils reprochent au médecin de méconnaître, de nier leur personnalité ou de ne pas en tenir compte[35] ». La relation thérapeutique est donc plus qu'une simple consultation médicale; elle consiste en la globalité de la relation malade-médecin-maladie.

Avant de s'amorcer, la relation thérapeutique apparaît d'abord comme une référence anticipée qui peut être négative ou dubitative[36]. Appellera-t-on ou pas le médecin? Souvent, on fait appel au médecin après hésitation. On essaiera d'agir sur la maladie par la négation (je ne suis pas malade), par la minimisation (ce n'est rien), de l'autoréassurance (tout le monde est passé par là)[37]. « Cette conduite défensive tend à affirmer une norme élargie de la santé, d'après laquelle il est relativement normal de tomber malade[38]. » D'ailleurs, certaines maladies sont alors qualifiées de « normales ». Cette barrière défensive se rompt moins facilement en

milieu populaire, compte tenu des représentations de la santé et des attitudes qui y prévalent. L'existence de maladies normalisées et les attitudes adoptées à leur égard constituent des obstacles à l'instauration d'une relation thérapeutique. Car l'histoire de la relation thérapeutique chez le malade ne débute pas avec l'apparition des premiers troubles; elle prend ses sources dans l'expérience antérieure de la maladie ou dans celle qui est observée autour de soi. L'histoire collective de l'expérience de la maladie façonne les représentations de la relation thérapeutique. « Il existe en somme une relation thérapeutique toute constituée, par rapport à une image du médecin et aux relations intersubjectives qui se nouent avec cette image par le truchement de la maladie[39]. »

Le choix des symptômes qu'un malade décrit au médecin est déterminé par l'image qu'il se fait des maladies. « L'un des effets secondaires les plus importants — sinon l'effet essentiel — du remède *médecin* consiste dans sa réponse aux offres du malade[40]. » La réponse du thérapeute aux signes et symptômes présentés par l'individu venu le consulter s'avère de grande importance dans la réussite ou l'échec de la relation thérapeutique. Le problème véritable qui motive la demande de consultation se pose souvent sous la forme d'une maladie de la personne entière. Or, des considérations professionnelles incitent la plupart des médecins à poser des diagnostics très spécifiques. Leur formation contribue à développer une attitude de respect à l'égard des étiquettes scientifiques. De plus, le désir d'être compris et accepté par leurs pairs incite la majorité des professionnels de la santé à demeurer fidèles aux diagnostics de la médecine qui décrivent les maladies à partir de symptômes superficiels. Ceux-ci ne permettent pas de comprendre les problèmes véritables auxquels les professionnels se trouvent pourtant confrontés dans leur pratique[41]. « Dans un assez grand nombre de cas, la science médicale et la pratique générale pensent et agissent de concert au plus grand bénéfice du patient; mais il existe tout un champ très vaste — nous commençons seulement à voir son ampleur — où les deux modes d'approche divergent[42]. »

Alors que le mode de vie des gens de milieu populaire, leurs représentations et leurs attitudes à l'égard de la santé et de la maladie devraient être considérés, on dénote plutôt une tendance à restreindre le champ de la relation thérapeutique aux différentes

spécialités des professionnels. Une multitude de spécialistes de la santé se préoccupent d'une partie de plus en plus limitée du champ de la relation thérapeutique. Par conséquent, on ne parvient pas à situer les problèmes des classes populaires dans un tout significatif. De plus, la subordination à la technologie et aux spécialistes, dont les disciplines se sont multipliées, risque d'entraîner la démotivation chez les omnipraticiens, car elle amène à se départir d'une expertise perçue comme caduque. Elle diminue également la confiance du praticien non spécialisé et distrait de l'importance à accorder à la relation patient-médecin[43].

Au nom d'un certain professionnalisme et de pratiques dites objectives et scientifiques, on évite, la plupart du temps, de s'attarder à des considérations subjectives. Or, nous avons vu l'importance que revêt la dimension affective dans la relation thérapeutique pour la réussite d'un traitement, qu'il soit préventif ou curatif. Rappelons également que l'abstraction du réel et celle de l'affectivité constituent les deux principaux signes distinctifs de la culture bourgeoise. Au contraire, la culture populaire accorde une place prépondérante à l'affectif, aux relations informelles et personnalisées. De sorte que le climat de confiance nécessaire à la relation thérapeutique est souvent manquant. D'où les nombreuses difficultés à établir une relation thérapeutique satisfaisante et fructueuse entre les professionnels de la santé et les clientèles des milieux populaires. Alors que les voisins, les amis, la parenté possèdent une influence déterminante sur les comportements en matière de santé dans les classes populaires, on cherche toujours, chez les intervenants, une méthode pour y parvenir.

La vulgarisation scientifique: résultats d'études

Nous venons d'identifier quelques obstacles à l'établissement de la relation thérapeutique entre les professionnels de la santé et les individus des milieux populaires. Nous avons aussi constaté que, sous l'influence de l'institutionnalisation de la santé et de la maladie, la relation thérapeutique déborde largement le couple traditionnel médecin-patient surtout lorsqu'il s'agit de prévention. De plus en plus, par des campagnes d'éducation ou autrement, on cherche à inculquer aux gens des habitudes de vie plus saines. Cela aussi met

en cause des représentations, des traits de culture, aussi bien du côté des diffuseurs que du public visé. Les travaux sur la vulgarisation scientifique peuvent nous instruire à ce propos.

De nos jours, la majorité des professionnels de la santé considèrent l'approche scientifique des problèmes comme la meilleure possible et c'est d'elle qu'ils attendent la bonne solution. Et comme « l'approche scientifique pose les problèmes à un niveau où tout s'explique de manière causale, ce savoir est doublement rassurant: non seulement il détient une solution pratique, mais cette solution est technique et non morale, consistant en la manipulation des forces naturelles et non en engagement personnel[44] ». En souscrivant au pouvoir de la science, les professionnels de la santé bénéficient du crédit accordé aux scientifiques, d'un certain pouvoir sur nos vies et, du même coup, d'un statut social privilégié.

Les conséquences de cette vénération pour la science conduisent à l'exclusion des autres discours, et un monolithisme culturel n'est jamais de bon augure, « car il se mue en culture aveugle. Mais il est cette fois des plus dangereux, étant donné le caractère réducteur de l'approche scientifique, surtout en ce qui concerne les phénomènes humains[45] ».

On observe un nombre grandissant d'experts qui se veulent les diffuseurs des sciences de la santé. Ces multiples intervenants servent d'intermédiaires entre le savoir médical institutionnalisé et la population en assumant une fonction de vulgarisateurs scientifiques. Dans le secteur de la prévention, en particulier, on déclare régulièrement qu'il est nécessaire de recourir à ces intermédiaires. Si le vulgarisateur scientifique n'est pas un intervenant du domaine des services de santé, il lui ressemble beaucoup; ils appartiennent tous les deux à la même culture.

La vulgarisation scientifique se définit comme « toute activité d'explication et de diffusion des connaissances, de la culture et de la pensée scientifique et technique, sous deux réserves: en dehors de l'enseignement officiel ou des enseignements équivalents, et pas dans le but de former des spécialistes[46] ». La signification du mot « vulgarisation » est généralement réservée aux activités qui s'adressent d'emblée à un vaste public.

Pour les vulgarisateurs scientifiques, comme pour la plupart des professionnels de la santé, l'ignorance est la principale cause des comportements néfastes pour la santé observés dans les classes populaires. Roqueplo parle en ce sens d'une certaine idéologie « socratique » du salut par la connaissance, avec tout l'aspect « missionnaire » qu'une telle idéologie comporte[47]. Il convient aussi de s'interroger sur l'existence et la signification du don dans la communication du savoir. Le désir de faire partager des connaissances pourrait être celui de retrouver, par identification avec celui qui reçoit, le plaisir d'une première découverte. L'émetteur risque d'être le jouet d'un phénomène de projection, en attribuant aux récepteurs son propre enchantement[48].

La mission des vulgarisateurs scientifiques comporte un double aspect: responsabilité et propagande. « C'est en ce double sens que l'idéologie officielle de la vulgarisation scientifique fait du vulgarisateur un missionnaire de la science[49]. » De plus, n'étant ni scientifiques, ni enseignants, les vulgarisateurs scientifiques de la médecine se doivent d'institutionnaliser leur profession de façon à en imposer socialement la légitimité. Roqueplo affirme que malgré la volonté des vulgarisateurs scientifiques, « il est fort douteux que la vulgarisation puisse compenser les inégalités culturelles introduites (ou scellées) dès l'âge scolaire[50] ».

La vulgarisation contribue à donner à la science la seule modalité culturelle qui lui soit possible hors du monde scientifique proprement dit: le statut de représentation sociale. La représentation agit comme cadre de conduite et instrument de catégorisation de l'information dans des repères servant à l'organisation du réel et des rapports sociaux. La représentation est un processus qui conjugue indissociablement deux aspects: l'information et l'attitude[51]. Le but poursuivi par la vulgarisation scientifique est précisément de représenter la science en transformant les représentations sociales[52]. « Peut-être le passage d'une théorie scientifique à une représentation sociale répond-il au besoin de susciter des comportements socialement adaptés à l'état des connaissances du réel[53]. »

Entre la science elle-même et sa représentation sociale, il existe un étonnant paradoxe.

> La science est née en s'opposant au dogmatisme de la métaphysique et des croyances religieuses; aujourd'hui encore, son discours est vécu par les scientifiques comme nécessairement approximatif, provisoire, et sans cesse remis en question. Pourtant, elle n'en est pas moins reçue dans notre société comme le magistère de l'exactitude, de l'efficacité, fermant la bouche aux ignorants, traçant la frontière entre le normal et le pathologique, le reel et l'illusoire[54].

Le message de la télévision, de la radio, du cinéma et du périodique transmet dans le domaine scientifique des certitudes, en se situant hors de toute pratique expérimentale, dans l'ordre du discours, de l'image, de la « représentation[55] ». Ce message contribue fortement à donner au contenu de la science une image culturellement non contestable et, par conséquent, dogmatique[56]. La vulgarisation scientifique est décrite par Roqueplo comme voulant, d'une part, susciter une attitude adéquate de confiance de la part du public et, d'autre part, assurer un lien au savoir malgré le « détachement » effectif[57].

> Par effet de vitrine, la vulgarisation scientifique « montre » la science; elle nous en fait voir les acteurs et les produits; mais en même temps, nous convainc que nous ne serons jamais assez riches pour nous approprier ces produits et elle situe les scientifiques eux-mêmes derrière la vitrine, dans un ailleurs *inaccessible*[58].

En réduisant la distance psychologique et sociale du vulgarisateur, on augmenterait paradoxalement la distance culturelle par rapport à la science[59].

Le prestige de la science sert de garantie et c'est précisément cette garantie que la vulgarisation scientifique contribue à ériger en mythe. À cette fin, elle recourt au discours-spectacle sur la science pour confirmer la vérité de son propre discours[60]. « Le signifié ultime de la vulgarisation scientifique n'est-il pas, en dernier ressort, l'autorité « naturelle » du savoir objectif, et l'attitude correspondante: la soumission « naturelle » aux conclusions dudit savoir[61]? » De plus, toute forme de diffusion du savoir, bien qu'à des degrés divers, incite à l'action et produit des attitudes par la création ou la modification de la représentation du réel: ce qui

constitue, selon S. Moscovici, la définition de la propagande[62]. En ce sens, c'est le but explicite de la vulgarisation scientifique lorsqu'on la destine à « susciter des comportements » ou « à produire une image du monde » adaptés à l'état des connaissances actuelles du réel[63].

Les motifs qui poussent les intervenants de la santé et une certaine partie de la population vers les sciences à la faveur de la vulgarisation scientifique seraient: premièrement, un réel désir de comprendre « de quoi il s'agit » ou « comment ça marche » ; deuxièmement, une volonté sinon d'atteindre une compétence au sens strict du terme, du moins à acquérir un code culturel, signe de promotion sociale; troisièmement, un besoin de « conduire sa vie » ; quatrièmement, l'intérêt porté aux problèmes de l'origine du monde et de l'Homme[64].

Le besoin de « conduire sa vie » rend compte, d'après Roqueplo, de l'intérêt mis en évidence par toutes les enquêtes reliées à la santé, de même que par les émissions médicales. Ce besoin explique aussi ce qui pousse certains vulgarisateurs à envisager de transmettre « non le savoir, mais son usage (vulgarisation technique)[65] ». De plus, il considère que la fonction la plus importante peut-être de l'ordre social est de protéger contre l'angoisse. Cette fonction correspondrait à une quête du sens de la vie en général, qui serait poussé, de par sa nature, à imposer un ordre et une signification aux événements marquants de la vie.

Les enquêtes sur les résultats de la vulgarisation scientifique ont montré deux choses: ou la science diffuse des représentations (quelquefois vraies, mais la plupart du temps déformées, fausses) ou alors elle crée une pensée magique[66]. Ces constats s'expliqueraient ainsi: règle générale, les vulgarisateurs connaissent mal les publics auxquels ils sont censés s'adresser et ils privilégient plutôt la fonction de représentation des sciences par rapport à la fonction de communication[67]. Or, de véritables situations de vulgarisation se concrétisent dans des « rapports qui doivent être élucidés au moyen d'un processus de communication non point spectaculaire mais bilatéral et pratique[68] ». Les situations de vulgarisation doivent être considérées d'une manière différente: non plus comme des occasions pédagogiques, mais comme des lieux

où la réappropriation doit vaincre le conditionnement[69]. Ces lieux impliquent des rapports concrets à son propre environnement[70].

> Il est vain d'envisager un partage du savoir simultanément véritable et généralisé. Ou du moins, il est vain de l'envisager si l'on n'examine pas avec rigueur les conditions politiques et idéologiques qui doivent être remplies pour qu'un tel partage soit possible[71].

Parmi les difficultés inhérentes à la diffusion du savoir, on observe souvent l'absence d'une attitude didactique qui commanderait d'offrir des éléments de compréhension. Le vulgarisateur attribue la plupart du temps au non-initié une incapacité de comprendre. Cette représentation négative du partenaire entraîne la rétention du savoir et provoque comme réponse une attitude de défense[72]. La volonté de communiquer des connaissances ne constitue pas une donnée universelle, alors que celle de diffuser une image de détenteur de connaissances, plutôt que les connaissances mêmes, est plus fréquente[73]. L'intention d'auto-identification peut l'emporter sur la visée de communication, si l'on considère que le langage scientifique est signe de statut social. Les effets sont évidents dans le domaine de la vulgarisation:

> Si l'émetteur tient à assurer sa propre image devant un public et si des garanties ne lui sont pas données sur ce point, on est en droit de craindre qu'il recoure à l'emploi d'un langage spécialisé susceptible de contrarier l'efficacité de la communication[74].

La vulgarisation scientifique souffre donc d'un certain paradoxe. Les membres d'une strate donnée de la hiérarchie des « connaisseurs » seraient conduits, lorsqu'ils s'adressent à une strate inférieure voisine, à affirmer leur statut par l'étalement d'un brillant vocabulaire puisqu'ils savent que la position sociale élevée de l'émetteur est un élément de sensibilisation d'un public. De sorte qu'ils augmenteraient le crédit d'attention qui leur serait accordé, mais ils diminueraient de ce fait l'efficacité de la communication elle-même[75].

Ainsi, divers facteurs qui dépendent des acteurs intermédiaires contribuent à la modification des messages: « compréhension des informations reçues, intention variable de transmettre les ressources d'expression au service de cette intention, représentation de la capacité de réception des destinataires et des autres conditions de

communications[76] ». Ce jeu de motivations, de stratégies individuelles ou collectives s'inscrit dans un système de production et de circulation des messages scientifiques et techniques consistant en une économie de biens (prestige, pouvoir, récompense psychologique ou matérielle), qui s'échangent contre l'information ou son semblant. La diversité de biens du système explique que les institutions d'échange ou de distribution de savoir aient souvent des fonctions très étrangères à celles qui leur sont dévolues formellement[77].

D'autre part, la capacité de s'orienter, de sélectionner l'information utile est, en bonne partie, acquise au fil de sa scolarisation et dans sa pratique professionnelle[78]. La propension à la quête et à l'accueil de cette information utile est liée, comme la résistance à la diffusion, à des facteurs socio-culturels. De plus, l'acquisition de connaissances nouvelles impose un coût en termes d'efforts, d'investissement de temps, d'entretien de la capacité d'apprentissage, etc. Quant à l'association entre statut et savoir, elle induit des comportements de dissimulation de l'ignorance et d'évitement des situations visibles d'apprentissage chez les personnes n'appartenant pas à la zone d'apprentissage reconnue[79]. La résistance à l'apprentissage revêt différentes formes, dont la négation de l'existence du problème susceptible de faire apparaître l'ignorance, le renvoi à l'expert, le fait de se convaincre soi-même qu'on sait. L'apprentissage peut donc être considéré comme faisant partie d'un processus social[80].

Dans cette perspective, les motivations de l'expert et les transferts de connaissances doivent être traités dans leur rapport avec l'univers culturel des récepteurs. Car leur action se saisit à travers, d'une part, la correspondance entre la matière des connaissances diffusées et, d'autre part, les opérations logiques exigées pour la compréhension du message et les types d'opérations avec lesquels sont familiarisés les récepteurs. Quant à l'accueil réservé aux connaissances nouvelles, il dépend des valeurs reliées à l'image du champ de connaissances et des implications pratiques du savoir nouveau[81]. Sa propre culture encourage l'individu à s'engager dans un champ de savoir nouveau ou l'en détourne. « L'individu a tendance à éviter ce qui risque de perturber l'ordonnance de ses opinions, et à s'ouvrir à ce qui apporte de l'eau à son moulin[82]. » Ces constatations, peut-être un peu banales, nous renvoient aux capaci-

tés de comprendre plutôt qu'aux concepts mêmes. Il semble que l'échec de certaines tentatives de vulgarisation scientifique est attribuable à leur absence de pertinence par rapport à l'univers culturel des récepteurs.

Somme toute, dans le secteur de la santé, est-il juste de déclarer qu'il devient de plus en plus nécessaire de recourir à un personnage intermédiaire tant qu'on n'a pas épuisé l'itinéraire de la rencontre entre le malade ou le bien-portant et le professionnel de la santé? « N'est-on pas, d'une façon générale, en train de transformer le peuple en public[83]? »

L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE DES SERVICES DE SANTÉ

Nous avons constaté que le champ de la relation thérapeutique s'avère de plus en plus restreint et que, dans ce contexte, les professionnels rencontrent certains échecs dans leur pratique, particulièrement avec leurs clients de culture populaire. En réponse à ces difficultés et compte tenu du caractère objectif et rassurant de l'approche scientifique, la grande majorité des intervenants du secteur de la santé adoptent cette approche comme la meilleure possible, en dépit de son caractère réducteur des phénomènes humains. Ce rétrécissement du champ de la relation thérapeutique s'accompagne d'un développement majeur de l'appareil institutionnel des services de santé. Cette organisation des services n'est pas toujours bénéfique, surtout pour les clientèles de milieux populaires. Je vais m'attarder à l'organisation des services de santé afin d'identifier les obstacles qu'elle crée pour les classes populaires.

Plusieurs facteurs limitent les efforts des pouvoirs publics en faveur de la santé. L'un des principaux est l'institutionnalisation du savoir médical.

> Plus que tout autre processus d'institutionnalisation hormis peut-être celui des croyances religieuses, l'institutionnalisation de la maladie et de la santé met le plus directement en question les situations-limites de l'existence (la naissance et l'enfance, l'angoisse et la souffrance, la faute et la culpabilité, le vieillissement et la mort)[84].

Comme toute institution, l'institution médicale comporte deux pôles: à un extrême on retrouve des attitudes communes enracinées dans des traditions et des croyances: à l'autre extrême, des règles, des experts, des pouvoirs appuyés sur des infrastructures construites selon une logique propre. On parle d'institutionnalisation si on constate que le deuxième pôle, en des domaines de plus en plus larges et de plus en plus nombreux de la vie collective, prend une importance grandissante. L'institutionnalisation ainsi définie est l'un des phénomènes majeurs des temps modernes[85].

L'institution médicale devient un vaste appareil d'interprétation qui se développe « à mesure que, sous la poussée de l'institutionnalisation et par influence de la culture ambiante, tombent sous l'empire de l'interprétation médicale des significations de plus en plus considérables et de plus en plus diversifiées de la vie humaine[86] ». La maladie et la santé deviennent alors les thèmes primordiaux de référence pour interpréter les valeurs de l'existence.

Serait-ce qu'après la défection des croyances religieuses il y a là un recours à des valeurs plus *neutres*, plus admissibles par le pluralisme d'aujourd'hui? Serait-ce que le corps, dans sa matérialité comme dans son symbolisme, fournirait un lieu apparemment plus assuré (plus *neutre* aussi) pour appuyer une interprétation du sens de la vie alors que tous les autres paraissent faire défaut[87]?

L'institutionnalisation de la « santé totale »

L'institution médicale entretient présentement un grand espoir: celui d'une santé universelle par la suppression pure et simple de la maladie. Cependant, la réalité est moins séduisante; dans un monde en constant changement, chaque époque et chaque type de civilisation continueront d'être accompagnés d'un ensemble de maladies créé par les inévitables mésadaptations à un nouveau milieu. « Rien n'illustre mieux le manque collectif d'objectivité entraîné par le mirage de la santé absolue, que l'insistance avec laquelle on répète que les récents progrès de la médecine ont déjà provoqué une augmentation spectaculaire de l'espérance de vie[88]. » L'espérance de vie à la naissance n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années, mais cette augmentation est due presque exclusivement à la diminution de la mortalité des nouveaux-nés, des enfants et des jeunes adultes.

Ce qui est peut-être plus important encore, c'est que le progrès médical crée, particulièrement dans les milieux de culture bourgeoise, l'espoir qu'il existe un traitement efficace pour la plupart des maladies, et ainsi ces hommes et ces femmes ne veulent plus supporter les tourments inhérents à la maladie. L'élimination de la douleur, de l'infirmité, des maladies et de la mort est un but nouveau qui n'avait jusqu'à maintenant jamais servi à ce point de ligne de conduite pour la vie collective. C'est la recherche de la « santé totale » qui a transformé douleur, infirmité et mort, d'expériences dont chacun doit s'accommoder, en une suite d'écueils qui menacent le bien-être et qui obligent à recourir sans cesse à des services dispensés par l'institution médicale[89].

Pour la plupart des professionnels de la santé, la médecine scientifique consiste en un ensemble de connaissances, d'instruments et d'institutions qui doit guérir et prévenir les maladies, en épargnant des souffrances et en éloignant la mort[90]. Ultimement cette médecine vise à remporter une victoire sur la mort. En substance, les professionnels se font tous la même idée de la vie et de la mort, de la santé et de la maladie, du corps et de ses mécanismes, des moyens thérapeutiques et diagnostiques. Leurs représentations de la santé et de la maladie sont fortement marquées par l'institution médicale. Si le médecin, l'hôpital, les médicaments, sont l'objet d'une certaine méfiance, la médecine scientifique a gardé une image rassurante. Efficacité et croyance se renforcent réciproquement. L'une ne peut se comprendre sans l'autre. La croyance dans les pouvoirs de la médecine constitue une bonne part de ces pouvoirs[91].

En luttant contre les facteurs de risque, l'institution médicale peut prétendre combattre aussi une certaine idée de la mort. Car en menant une bonne vie, on peut espérer éloigner la mort et éviter des souffrances. Cet effort qui permet de subsister et de bâtir sa vie suppose, conformément à la culture bourgeoise, la possibilité de se projeter dans l'avenir. Elle implique que nous ayons au moins l'illusion d'être durables. On ne doit plus vivre pour pouvoir faire tout le reste, on doit tout faire pour survivre. La peur de la mort n'est plus combattue par la foi, mais par une lutte de tous les jours contre la mort elle-même. De qui, sinon de la médecine scientifique, pourrions-nous espérer secours et conseils quand l'essentiel n'est plus de vivre la vie qu'on se fait mais d'être et de rester en vie?

Les services préventifs voudraient ramener à la raison tous ceux qui se rendent malades ou se tuent par leur conduite absurde. Le droit à la santé s'associe au devoir d'être bien portant. La médecine sait ce qui rend malade; il convient donc de s'en remettre à elle. Puisque l'objet de la médecine est aussi celui des peurs les plus fondamentales des intervenants, puisque ses méthodes sont conformes à leur culture causaliste et technicienne, il est normal que ces intervenants fassent tout en vue de cette « santé totale ». Néanmoins, la médecine ne peut gouverner qu'une partie de la vie. Elle n'est pas science de la vie mais science de la maladie. Elle ne peut être qu'un instrument. Or, pressée de répondre à une demande qui la dépasse, elle s'oblige à affronter des problèmes qui ne sont pas de son ressort, à fonctionner comme une religion[92].

La reconnaissance du droit à la santé, l'extension du concept de santé à celui de la santé absolue et du domaine de la médecine, l'abaissement du seuil de tolérance, l'affaiblissement du sens des responsabilités concourent à la médicalisation de la vie, au moins autant que le progrès technique, dans les sociétés où l'accès aux services de santé est aisé et libéré d'entraves financières[93].

L'éducation sanitaire implique des convictions chez ceux qui l'inspirent et la dirigent et elle répond à certaines croyances. Les intervenants postulent souvent que si l'on sait, on se conduit mieux; le savoir permet d'établir des normes de conduite, la diffusion du savoir est possible et fait accepter ces normes. Quant aux croyances, celles qui viendraient de la science sont justes, et la science n'est vraiment scientifique et crédible que si elle repose sur des chiffres et des statistiques[94]. Toutefois,

> Il n'est pas facile de transmettre un savoir objectif à des subjectivités dominées par les émotions. Faut-il passer par la raison qui écarte ces émotions ou par la propagande qui les exploite? L'éducation sanitaire, irritée par les échecs qu'elle rencontre et peut-être aussi, parfois, par les doutes qui l'assaillent, penche de plus en plus vers les procédés publicitaires[95].

Les échecs des programmes préventifs à l'intention des classes populaires s'expliquent peut-être, non pas par l'insuffisance des connaissances, mais parce qu'elles savent confusément, qu'un trop grand souci de la sécurité, qu'un trop grand soin mis à protéger sa santé et sa vie sentent déjà la mort, parce qu'ils l'annoncent avec

insistance et parce qu'ils la symbolisent. De plus, un facteur de risque n'est pas toujours une cause, et il y a des risques qui en valent probablement la peine, afin que la vie en milieu populaire conserve du goût et du sens, et qu'elle ne devienne pas un interminable enchaînement de précautions[96]. À ce propos, j'ai déjà souligné que le sens épicurien de la vie quotidienne dans la culture populaire s'oppose à l'importance des préoccupations liées à la sécurité dans la culture bourgeoise.

Le mode de fonctionnement de l'institution médicale: le modèle causaliste

L'institution médicale fonctionne à partir d'un modèle causaliste, mais éprouve régulièrement de la difficulté à s'attaquer aux causes des principales maladies contemporaines[97]. Lorsque la médecine curative n'arrive pas à être étiologique, elle s'en remet à la prévention. La prévention se veut effectivement la suppression des causes[98]. Même si le modèle étiologique classique de la maladie s'étend, depuis quelques années, aux caractéristiques de l'environnement physique et social ainsi qu'aux caractéristiques psychiques des individus, la pensée médicale commune semble encore imprégnée du modèle de Pasteur, selon lequel la maladie vient du dehors frapper un organisme innocent. Il n'y aurait pas d'effet sans cause (traumatique, toxique ou infectieuse) et le traitement causal est plus sûr et la plupart du temps possible[99].

Que la maladie soit un choc sévère ou qu'elle justifie un désir de retrait et d'isolement, elle est toujours une forme de vie. Aucune forme de vie, aucun mode de vie ne peuvent être maintenus sans certaines satisfactions; ce qui signifie inversement que si l'on propose le changement d'un mode de vie, on doit recourir à la force coercitive, ou offrir des satisfactions plus acceptables pour remplacer celles que ce changement rendra impossibles[100].

Il s'avère difficile pour la pensée médicale de concevoir la maladie comme une des formes d'équilibre, la moins insupportable, d'un organisme qui, animé de certaines intentions, se heurte à des conditions concrètes bien déterminées. La morbidité et la mortalité au sein des sociétés industrielles ont pourtant varié selon le mode de vie. L'espèce humaine a démontré une capacité incomparable à

survivre en dépit d'un très haut niveau de dysfonctions imposées par le milieu. Dubos ne parle pas sans réticence de cette possibilité de survie parce que l'adaptabilité, qui est un atout pour la survie, est aussi un lourd handicap[101]. Les hypothèses qui feraient de la maladie un langage, un dialogue, la réalisation d'un équilibre, même malheureux, sont souvent rejetées par l'institution médicale. Or, la maladie n'est pas uniquement disparition d'un ordre physiologique, mais apparition d'un nouvel ordre vital. « Il n'y a pas de désordre, il y a substitution à un ordre attendu ou aimé d'un autre ordre dont on n'a que faire ou dont on a à souffrir[102]. »

En oubliant le caractère multifactoriel de l'étiologie de la maladie, l'institution médicale et les services qui en découlent en sont venus à voir la maladie comme un processus naturel à traiter indépendamment de ses causes plus largement sociales, grâce à des experts utilisant les technologies les plus complexes. L'évolution de la pensée médicale a conduit à modifier une vision autrefois imparfaite de la maladie au profit d'une autre vision, précisément diagnostiquée, mais encore incomplète parce que privée de son cadre socio-culturel. La maladie n'est pas moins accablante si elle est causée par des facteurs non biologiques tels un système de valeurs ou d'autres aspects culturels de la vie. Elle est pourtant abordée à l'aide de moyens technologiques. « La technologie, en s'orientant davantage vers les aspects quantifiables de la maladie, a contribué à éloigner le médecin du patient vu dans toute sa réalité[103]. »

En somme, plus les services de santé s'institutionnalisent, moins ils sont en mesure de prendre en considération l'environnement culturel des classes populaires; on assiste alors à une perte de la culture vécue au profit de la culture prescrite[104]. Des transformations sociales dépossèdent les communautés d'un savoir socialement partagé au profit du savoir des experts de la santé. On constate, en ce sens, que de vastes secteurs de la vie collective sont maintenant confiés à des experts et à des professionnels qui établissent des règles de conduite légitimées par les pouvoirs que leur confèrent des infrastructures construites en conséquence. Ainsi, afin d'identifier en quoi la professionnalisation des services de santé s'éloigne des milieux populaires, je vais décrire ses principales composantes.

La professionnalisation des services de santé

La notion de professionnalisation désigne « le processus de prise en charge de la production d'une catégorie de biens ou services par un groupe occupationnel qui est parvenu à réserver à ses membres le contrôle à la fois de la définition des besoins de leurs clients et de la manière de les satisfaire[105] ». Au Québec, la mise sur pied d'un régime public et universel d'assurance-maladie par l'État a consacré la professionnalisation de la santé en reconnaissant qu'il est légitime que tout besoin sanitaire puisse être soumis à des experts et qu'aucun obstacle financier ne puisse en empêcher les individus[106].

Il n'y a pourtant pas très longtemps, le soin des malades constituait une responsabilité familiale. Ce n'est qu'au début du siècle qu'on commença à confier les besoins de soins réels ou virtuels à des spécialistes. Auparavant, ce n'était que dans des circonstances très critiques qu'on recourait aux services d'un « expert », médecin ou autre guérisseur. Or, de nos jours « soigner, traiter, prévenir sont devenus des activités professionnelles réservées à des personnes qui ont reçu une formation spécialisée, qui s'y livrent à temps plein contre rémunération et qui font carrière dans le métier de soignant[107] ». Le secteur de la santé est passé du domaine de la compassion et de la charité pour devenir un champ de production où des spécialistes de multiples disciplines « gèrent la santé et la maladie des individus[108] ».

Qu'il y ait des personnes spécialisées dans les soins de santé, cela n'a rien de nouveau. Nos ancêtres et ceux qui les ont précédés ont eu recours au sorcier indien, au médecin patenté, aux charlatans ou aux cures-miracles[109]. Ce qu'il y a de neuf, c'est que maintenant un groupe précis de guérisseurs, les médecins, contrôlent le secteur de la santé, de la définition des besoins jusqu'aux modalités de leur satisfaction[110].

Sans décrire tout ce processus, car il ne constitue pas l'objet de mon propos, il ressort de l'analyse qu'en fait Dussault[111], que certaines conditions démographiques et économiques ont d'abord permis la création d'un marché dans le secteur de la santé. Ce marché se composait de producteurs qui échangeaient leurs services contre une rémunération. Certains groupes, dont les médecins, ont

pris conscience que leur formation les avait amenés à participer à un univers culturel commun qui les unissait, comparativement aux autres guérisseurs, qui cherchaient à prendre une part individuelle du marché. Les médecins furent les premiers à fonder des associations pour défendre et promouvoir leurs intérêts communs. Ces associations ont fait campagne pour établir leur crédibilité et, par la suite, obtenir les soutiens institutionnels qui puissent leur accorder la reconnaissance juridique. Le résultat de ce processus fut l'émergence d'une structure professionnelle hiérarchique « composée d'occupations spécialisées qui se disputent le droit de définir et de satisfaire les besoins des individus devenus *bénéficiaires, usagers* ou encore *patients*[112] ». Par la suite, l'État a légitimé la dépendance à leur égard en assurant l'accès libre et gratuit aux services de ces experts.

Il ne suffit pas, évidemment, d'une mesure législative pour qu'un groupe de professionnels maintienne le monopole de son exercice. Le soutien juridique confère un avantage certain, mais il faut aussi contrôler la concurrence et préserver la pratique et la crédibilité de ses membres. Historiquement, les professions sanitaires ont tenté de maintenir leur crédibilité,

> [...] en favorisant le développement des savoirs qui fondent leur pratique; en standardisant la formation de leurs membres; en formulant et en diffusant un discours en accord avec les idéologies dominantes; en créant un univers symbolique (titres, vêtements, vocabulaire, équipement) qui conférait du prestige aux activités de leurs membres en discréditant les pratiques alternatives; enfin de façon générale, en exerçant des pressions continues pour obtenir ou conserver le soutien des institutions qui contrôlent les ressources nécessaires au maintien de leur position de dominance[113].

C'est donc à la suite de l'élimination progressive d'alternatives thérapeutiques à la médecine orthodoxe et du contrôle des savoirs sanitaires par des spécialistes, que la professionnalisation des services de santé a émergé. Simultanément, l'évolution socio-économique a favorisé le développement des services personnels et, graduellement, les services sanitaires ont débordé de la sphère privée pour devenir des services publics. Ces changements se sont accélérés depuis la Deuxième Guerre mondiale avec la naissance de nombreuses professions paramédicales dans les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, et de la réadaptation[114].

La professionnalisation des services de santé a donc amené le transfert de la responsabilité des individus aux professionnels de la santé, des profanes aux experts. Cette professionnalisation comporte des coûts sociaux: l'exclusion d'alternatives thérapeutiques valables, la division du travail rigide, l'abus de traitement, la surspécialisation et la dépendance des individus. L'accumulation d'un grand capital de connaissances médicales spécialisées aurait pour effet de minimiser l'autonomie individuelle et collective, comparativement à un contexte culturel où le savoir sur la santé est plus accessible. L'autonomie rationnelle évoquée ici, c'est la liberté telle que Descartes la définit: la capacité d'atteindre en combinant des connaissances claires une fin qu'on s'est assignée à soi-même[115]. On peut considérer l'exercice de cette liberté comme l'un des aspects de la santé. Les nombreuses études sur les états dépressifs consécutifs au manque d'exercice de cette liberté, en milieu de travail notamment, illustrent ce propos. L'accès à l'autonomie rationnelle exigerait, dans des situations difficiles de la vie, un contexte où la qualité de la communication est aussi importante que la précision du message[116]. En d'autres mots, la prolifération des professionnels de la santé produit de la dépendance. « Cette dépendance vis-à-vis l'intervention professionnelle tend à appauvrir l'environnement social et physique de ses aspects salubres et curatifs, bien que non médicaux, tout en diminuant les possibilités organiques et psychologiques que les gens ordinaires ont de faire face et de s'adapter[117]. »

Outre ces coûts sociaux, le divorce des services de santé de la culture populaire me paraît une conséquence importante de la professionnalisation. J'ai souligné que l'une des particularités de la professionnalisation consiste à contrôler le secteur de la santé, de la définition des besoins jusqu'aux modalités de leur satisfaction. Or, les valeurs inhérentes à la culture des intervenants semblent omniprésentes dans les types de services développés, alors que celles qui fondent la culture populaire sont méconnues et par conséquent absentes. Le goût du concret, le sens épicurien de la vie quotidienne, l'importance de l'affectif, des liens domestiques et du voisinage, les relations personnalisées et informelles, tout cela est régulièrement omis dans les services dispensés par les professionnels. On a plutôt tendance à instaurer des services qui s'inspirent des représentations de la santé des intervenants, soit la conquête de la santé absolue, en ignorant les besoins propres au mode de vie des classes populaires.

Les formules utilisées pour dispenser les services de santé comportent fréquemment l'usage d'un langage abstrait porteur d'informations générales qui s'éloigne le plus possible de l'affectif; elles font appel à un mode de pensée maniant l'abstrait et à des relations formalisées. La professionnalisation a aussi pour effet de minimiser le rôle des pratiques et du savoir sanitaires en milieu populaire au profit de celui des experts. Les professionnels de la santé dispensent des services élaborés à partir de besoins et de priorités qui émanent de leur univers culturel et plus la professionnalisation est accentuée plus elle perd de vue les valeurs qui procurent un sens au mode de vie populaire. Il n'est donc pas étonnant de constater, que malgré les intentions fort louables qui sont à l'origine de la création de plusieurs services ou programmes, les clientèles des milieux populaires se sentent peu concernées par la gestion du bien-être qui leur est proposée.

LES OBSTACLES À L'ÉDUCATION SANITAIRE EN MILIEU POPULAIRE

Nous avons identifié, au fil des différentes sections du présent chapitre, plusieurs obstacles à l'éducation sanitaire en milieu populaire. Il paraît utile de réunir succinctement ces constatations, afin de mettre en évidence le rôle des intervenants et des services qu'ils dispensent dans l'accès à la santé des gens de ce milieu.

L'information préventive et les services préventifs sont définis et planifiés à partir de valeurs culturelles qui appartiennent aux intervenants. Leur contenu traduit les préoccupations des planificateurs et on retrouve ainsi une équation présumée entre les utilisateurs des services préventifs et l'appartenance socio-culturelle des intervenants. Les buts poursuivis par les divers programmes d'éducation sanitaire sont souvent très louables, mais les professionnels de la santé parviennent difficilement à dépasser un ensemble de codes sociaux, de certitudes établies et d'idées reçues, ce qui occasionne des transferts culturels à sens unique porteurs d'échecs. Ces attitudes sont le reflet d'une supériorité culturelle intégrée pendant la formation professionnelle.

La relation thérapeutique qui s'établit entre les professionnels de la santé et les classes populaires s'avère généralement insatisfaisante de part et d'autre. On restreint et on spécialise de plus en plus le champ thérapeutique, de sorte qu'il devient presque impossible de situer les attitudes populaires à l'égard de la santé dans un contexte significatif. On s'efforce plutôt de réduire l'affectif et la subjectivité afin d'obtenir des pratiques thérapeutiques scientifiques et objectives. L'approche scientifique devient la meilleure possible pour résoudre les difficultés d'interprétation du savoir des intervenants. Ceux-ci imputent très souvent à l'ignorance le maintien de comportements néfastes observés dans les classes populaires.

Dans le cadre des efforts déployés pour vulgariser le savoir scientifique sur la santé, les résultats de différentes études permettent de soupçonner une volonté de diffuser une image du détenteur de connaissances, plutôt que les connaissances mêmes. Auprès des milieux populaires, cette intention d'auto-identification l'emporterait sur la visée de communication, compte tenu du sentiment de supériorité culturelle observé et de l'association qui prévaut entre statut et savoir. En quelque sorte, les actions de diffusion procureraient une certaine forme de promotion sociale à leurs auteurs. Plusieurs institutions d'échange et de distribution de savoir sur la santé joueraient donc des rôles très étrangers à ceux qui leur sont dévolus formellement.

Quant à l'institutionnalisation de la santé et de la maladie, elle a notamment pour conséquence de dicter comme ligne de conduite collective la conquête de la santé absolue. Les programmes d'éducation à la santé veulent ramener à la raison tous ceux qui se conduisent de manière absurde. Or, dans la culture populaire, un trop grand souci de sa santé enlève à la vie son goût et son sens. Si l'institution médicale veut modifier les habitudes néfastes pour la santé du milieu populaire, elle se doit d'offrir des satisfactions plus acceptables. Pour cela, les services de santé doivent être attentifs au mode de vie populaire. Or, il semble que ce soit difficile, car plus la santé s'institutionnalise, plus elle devient le domaine exclusif des experts. Ces derniers contrôlent alors la définition des besoins sanitaires jusqu'aux façons de les satisfaire. Les préoccupations liées à la culture populaire sont ainsi, la plupart du temps, perdues

parmi celles qui émanent de la culture des professionnels de la santé.

En somme, tant que les milieux populaires n'auront pas de véritables moyens d'imprimer leur culture aux services de santé, les obstacles recensés dans ce chapitre réduiront sensiblement l'impact de l'éducation à la santé auprès de cette clientèle et ils augmenteront la distance culturelle de celle-ci par rapport au système de santé.

Conclusion

La présente étude avait pour objectif de situer, du point de vue de la culture, le problème des inégalités sociales en matière de santé à partir des travaux et des enquêtes disponibles.

Le chemin parcouru m'a d'abord permis de démontrer l'inégalité sociale d'accès à la santé. À la suite de ce constat, deux types de déterminants sociaux furent mis en évidence: les facteurs économiques et les facteurs culturels. Puis, j'ai exposé comment les conditions objectives de vie d'un milieu social induisent une culture qui génère un mode de vie particulier. En confrontant le style de vie des milieux populaires à celui des professionnels de la santé, il devenait possible de faire ressortir les facteurs culturels qui constituent des obstacles d'accès à la santé pour les classes populaires.

Les observations contenues dans le deuxième et le troisième chapitres révélèrent la distance culturelle séparant les milieux populaires des acteurs du système de santé. La vision de la santé et de la maladie des classes populaires s'oppose à celle qui prévaut chez les intervenants. Des habitudes de vie des gens de milieux populaires, souvent perçues comme illogiques par les professionnels de la santé, deviennent cohérentes lorsqu'elles sont situées dans leur contexte culturel. Car, de la culture populaire émanent des représentations et des attitudes donnant un sens à des comportements qui sans cela paraissent irrationnels.

La distance culturelle entre le système de santé et les classes populaires amène de l'incompréhension réciproque et un dialogue à sens unique. On planifie des programmes ou des services de santé sans compter avec les résistances des classes populaires auxquelles se heurtent pourtant les politiques pleines de bonnes intentions. Nous avons vu qu'il s'avère difficile pour les intervenants de relativiser un sentiment de supériorité culturelle intériorisé pendant la formation professionnelle. C'est alors sous le seul rapport de leur condition d'assistés, de culturellement sous-développés, que les milieux populaires sont régulièrement considérés et pris en charge.

Par ailleurs, nous avons observé que plus le champ de la relation thérapeutique se rétrécit et se spécialise, plus la santé s'institutionnalise. Celle-ci relève alors d'experts qui contrôlent la définition des besoins et les façons de les satisfaire. Par conséquent, on assiste à l'élaboration de programmes ou de services à partir de besoins et de priorités qui originent de l'univers culturel des professionnels de la santé. Il devient ainsi difficile de tenir compte des valeurs qui donnent un sens au mode de vie populaire lorsque la santé est institutionnalisée. La gestion du bien-être proposée revêt alors peu de pertinence pour les classes populaires. De plus, j'ai émis l'hypothèse que plusieurs institutions d'échange et de distribution du savoir sur la santé procurent une forme de promotion sociale à leur personnel et auraient, en quelque sorte, des fonctions autres que celles qui leur sont dévolues officiellement.

La distance culturelle entre les intervenants du système de santé et les gens de culture populaire ne semble pas sur le point de se résorber. Car, tant que les milieux populaires ne parviendront pas à imprégner de leurs valeurs culturelles aux services de santé, les inégalités sociales en matière de santé s'accentueront probablement ou se maintiendront.

En somme, par une brève esquisse de quelques images collectives de la santé et de la maladie, j'ai tenté de comprendre comment les classes populaires organisent leur savoir respectif en une image signifiante et comment ils interprètent leurs comportements. J'ai essayé de dégager un bref aperçu du cadre de référence où s'ordonne le dialogue préventif et curatif dans le secteur de la santé. À cette fin, j'ai mis en évidence le rôle du rapport individu-société à partir duquel s'élabore la représentation selon trois aspects: l'expérience

elle-même, les notions qui l'expriment et les normes de comportement qui en émergent. On peut avancer que l'expérience de la santé et de la maladie des milieux populaires constitue une barrière pour l'adhésion de ceux-ci au « culte de la santé » proposé par les professionnels. D'où, je crois, l'existence d'un certain refus, dans la culture populaire, des recommandations en matière de comportements et des normes qui en découlent.

En définitive, à travers la santé et la maladie, nous avons accès à l'image de la société, à ses contraintes telles que vécues par les divers groupes sociaux. Contenue dans cette image, la santé acquiert une signification. La relativité et la distance culturelles des conceptions et des comportements dans le domaine de la santé et de la maladie s'imposent et, par conséquent, le lien entre les représentations et les conduites s'avère très significatif.

Au terme de cette position du problème des inégalités sociales à l'égard de la santé, les connaissances portant sur les attitudes des intervenants à l'égard des milieux populaires paraissent faire défaut. Cet aspect de la question constitue, à mon avis, l'objet de recherche à privilégier. Car si l'on veut améliorer l'impact des programmes préventifs, on se doit d'approfondir, par des recherches empiriques, les données disponibles sur les attitudes des professionnels de la santé relativement à la culture populaire. Pour entrer en relation avec les milieux populaires, ne faut-il pas transgresser sa propre culture? L'éducation à la santé dans les classes populaires n'implique-t-elle pas une relation entre deux cultures?

NOTES

CHAPITRE 1

1. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), *Les services de santé et les services sociaux — quelques pistes de réflexion*, Québec, Les publications du Québec, 1987, p. 9-11.
2. Aline Émond, Louise Guyon, *L'Enquête Santé Québec. Faits saillants 1987*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, p. 44.
3. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), *Rapport*, Les Publications du Québec, 1988, p. 81.
4. André Billette, « Les inégalités sociales de mortalité au Québec », *Recherches sociographiques*, XVIII, n° 3, 1977, p. 427.
5. Catherine Martin, « La vraie nature de la promotion de la santé », *Santé Société*, vol. 10, n° 1, 1988, p. 14-15.
6. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé — Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé*, Les publications du Québec, août 1984, p. 84-86.
7. *Ibid.*, p. 93.
8. CESSSS, *Rapport*, *op. cit.*, p. 81.
9. G. Pelletier et R. Therrier, *Grossesse nutrition: programme d'intervention communautaire auprès des femmes enceintes de la Basse-ville ayant un statut économique précaire*, Québec, CLSC Basse-ville, septembre 1987, 26 p.
10. CESSSS, *Rapport*, *op. cit.*, p. 85.
11. Jean-François Chanlat, « Types de sociétés, types de morbidités: la sociologie des maladies », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec et Lyon, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 1985, XVII, p. 296-300.

12. Cité par Maria de Koninck et Louise Guyon, « Le système de la santé et sa clientèle », *Traité d'anthropologie médicale*, *op. cit.*, p. 546.
13. Christine Colin, Hélène Desrosiers, *Naître égaux et en santé. Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*, Coll. Périnatalité au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 153 p.
14. *Ibid.*
15. Jake Epp, *La santé pour tous, plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être Canada, novembre 1986, p. 4-5.
16. Cité par Louise Garant, *Habitudes de vie et santé: revue de la recherche*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1983, p. 23.
17. Russel Wilkins, « L'inégalité devant la mort, résultats d'une nouvelle recherche à Montréal », *Médecin du Québec*, vol. 16, n° 2, février 1981, p. 128-134.
18. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, Gouvernement du Québec, 1985, p. 3.
19. Christine Colin, Hélène Desrosiers, *Naître égaux et en santé. Avis sur la grossesse en milieux défavorisé*, Coll. Périnatalité au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 153 p.
20. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé*, *op. cit.*, p. 15.
21. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé, et Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, *op. cit.*
22. Louise Garant, *op. cit.*, p. 33.
23. *Ibid.*, p. 36.
24. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, p. 20.
25. *Ibid.*, p. 24-26.
26. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: le tabac*, Gouvernement du Québec, 1985, p. 41.
27. *Ibid.*, p. 43.
28. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, p. 27-31.
29. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'alcool*, Gouvernement du Québec, 1985, p. 47 et p. 86-87.
30. Louise Garant, *op. cit.*, p. 19.
31. *Ibid.*, p. 20.
32. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, p. 32-36.
33. Aline Émond, Louise Guyon, *op. cit.*, p. 18-41.
34. Louise Garant, *op. cit.*, p. 21-22.
35. Aline Émond, Louise Guyon, *op. cit.*, p. 3.
36. Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin, *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal*, CESSSS, Publications du Québec, 1987, 115 p.

37. Aline Émond, Louise Guyon, *op. cit.*, p. 18.
38. CESSSS, Rapport, *op. cit.*, p. 73.
39. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique, op. cit.*, p. 39-42.
40. Aline Émond, Louise Guyon, *op. cit.*, p. 5.
41. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point sur les habitudes de vie: l'approche écologique, op. cit.*, p. 49.
42. *Ibid.*, p. 49-50.
43. *Ibid.*, p. 52-53.
44. *Ibid.*, p. 53.
45. Russel Wilkins, *Perspectives sociales à partir de l'enquête Promotion Santé Canada*, 1985 (Document non publié).
46. Aline Émond, Louise Guyon, *op. cit.*, p. 30.
47. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Le point, op. cit.*, p. 58.
48. CESSSS, *Rapport*, p. 11.
49. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé, op. cit.*, p. 83.
50. CESSSS, *Quelques pistes, op. cit.*, p. 11.
51. Alain Dubuc, « Pouvoir d'achat. La glissade continue », *La Presse*, 6 juin 1987.
52. *Ibid.*
53. CESSSS, *Quelques pistes, op. cit.*, p. 11.
54. Louise Brunet et Danie Desrosiers, « R....., Chambreur et pauvre », *Les nouveaux visages de la pauvreté, Questions de culture*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, avril 1987, p. 123.
55. Simon Langlois, « Les seuils de la pauvreté », *Les nouveaux visages de la pauvreté, Questions de culture, loc. cit.*, p. 214.
56. Cité par Simon Langlois, *loc. cit.*, p. 215.
57. Marc-André Lessard, « Synthèse et analyse », *Les nouveaux visages de la pauvreté, Questions de culture, loc. cit.*, p. 248.
58. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé, op. cit.*, p. 84.
59. Jake Epp, *La santé pour tous, plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social Canada, novembre 1986, p. 4-5.
60. André Blanchard, « Être pauvre au Québec », *Le Devoir*, 28 janvier 1986.
61. *Ibid.*
62. Louise Garant, *op. cit.*, p. 39.
63. *Ibid.*, p. 74-75.
64. *Ibid.*, p. 73.
65. *Ibid.*, p. 75.
66. *Ibid.*, p. 76.
67. *Ibid.*, p. 82.
68. *Ibid.*

69. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé, op. cit.*, p. 18.
70. René Dubos, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Collection Sciences de l'homme, Payot, Paris, 1973, p. 248.
71. Conseil des Affaires sociales et de la Famille, *Objectif: Santé, op. cit.*, p. 62.
72. Maurice Imbert, « Les cultures populaires: sous-produits culturels ou cultures marginalisées? », *Les cultures populaires*, Institut national d'éducation populaire, Sciences de l'homme, Privat, 1979, p. 47.
73. *Ibid.*

CHAPITRE 2

1. Richard Hoggart, *La culture du pauvre*, Paris, Éditions de Minuit, Le sens commun, 1970, p. 31 et 37.
2. *Ibid.*, p. 48.
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*, p. 24.
5. George Gurvitch, cité dans *La sociologie, les idées, les oeuvres, les hommes*, Centre d'étude et de promotion de la lecture, Paris, 1970, p. 30.
6. *Ibid.*
7. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 63.
8. *Ibid.*, p. 65.
9. *Ibid.*, p. 183.
10. *Ibid.*, p. 185.
11. *Ibid.*, p. 191.
12. P.H. Chombart de Lauwe, *La vie quotidienne des familles ouvrières*, Paris, Éditions du CNRS, 3e édition, 1977, p. 133.
13. *Ibid.*, p. 131.
14. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 128.
15. Fernand Dumont, *Le lieu de l'homme*, Montréal, HMH, 1969, p. 45.
16. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 128.
17. *Ibid.*, p. 127.
18. *Ibid.*, p. 232.
19. *Ibid.*, p. 235.
20. *Ibid.*
21. *Ibid.*, p. 256.
22. *Ibid.*, p. 155.
23. *Ibid.*, p. 154.
24. Richard Hoggart, *op. cit.* et Denys Delâge, « La sociabilité familiale en basse-ville de Québec », *Recherches sociographiques*, Québec, XXVIII, 2-3, 1987, p. 295-316.
25. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 66.
26. *Ibid.*, p. 66-69.
27. *Ibid.*, p. 69.
28. *Ibid.*, p. 75.
29. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 76 et Denys Delâge, *loc. cit.*, p. 295-316.
30. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 87-89.
31. *Ibid.*, p. 127.
32. Fernand Dumont, « L'idée de développement culturel: esquisse pour une psychanalyse », *Sociologie et Sociétés*, XI, 1, avril 1974, p. 16.

33. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 139.
34. *Ibid.*, p. 141.
35. P.H. Chombart de Lauwe, *La culture et le pouvoir*, Paris, Stock, 1976, p. 11.
36. Roger Levasseur, « Les cultures populaires ou la quête d'une société relationnelle et autonome », *Loisir et Société*, vol. IV, n° 1, printemps 1981, p. 24-30.
37. Denys Delâge, *loc. cit.*
38. *Ibid.*, p. 302.
39. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 57.
40. *Ibid.*, p. 59.
41. Denys Delâge, *loc. cit.*, p. 300.
42. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 60-61.
43. *Ibid.*, p. 62.
44. *Ibid.*, p. 117.
45. *Ibid.*, p. 119.
46. *Ibid.*, p. 121.
47. Denys Delâge, *loc. cit.*
48. *Ibid.*, p. 302.
49. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 327.
50. *Ibid.*, p. 19.
51. *Ibid.*, p. 336.
52. *Ibid.*
53. *Ibid.*
54. *Ibid.*, p. 343.
55. J.P. Dupuis *et al.*, *Les pratiques émancipatoires en milieu populaire*, Institut québécois de recherche sur la culture, Collection Documents préliminaires, 1982, Québec, p. 16-34.
56. Jean-Claude Barthez, « Culture populaire ou culture dominée? », *Les cultures populaires*, Institut National d'Éducation populaire, Sciences de l'homme, Privat, 1979, p. 48.
57. Fernand Dumont, « L'idée de développement culturel », *loc. cit.*, p. 21.
58. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 394.
59. *Ibid.*, p. 381.
60. Roger Levasseur, *loc. cit.*, p. 104.
61. Fernand Dumont, « L'idée de développement culturel », *loc. cit.*, p. 24.
62. *Ibid.*, p. 24.
63. *Ibid.*, p. 28.
64. Jean-Claude Passeron, « Présentation » dans Hoggart, *La culture du pauvre*, *op. cit.*, p. 15.
65. *Ibid.*, p. 16.

66. Irwin M. Rosenstock, « Prevention of Illness and Maintenance of Health », *Poverty and Health: a Sociological Analysis*, Cambridge, Harvard University Press, 1975, p. 193-223.
67. L. Boltwanski, « Les usages sociaux du corps », *An. Eco. Soc. civils*, vol. 26, n° 1, 1971, p. 205-233.
68. Irwin M. Rosenstock, *op. cit.*
69. J.B. McKinlay, « The Held-Seeking Behavior of the Poor », *Poverty and Health: a Sociological Analysis*, Cambridge, Harvard University Press, 1975, p. 224-273.
70. Richard Hoggart, *op. cit.*, p. 72.
71. Henri Dorvil, « Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec et Lyon, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 1985, XVII, p. 312.
72. P.H. Chombart de Lauwe, *La vie quotidienne, op. cit.*, p. 196.
73. Cité par Louis Bainalago, *Les perceptions de la santé et de la maladie de deux populations de Montréal*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, novembre 1983, p. 4.
74. Claudine Herzlich, *Santé et Maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969, p. 16.
75. *Ibid.*, p. 11.
76. Moscovici, cité par C. Herzlich, *op. cit.*, p. 10.
77. Cité par Henri Dorvil, *Autour d'un hôpital psychiatrique du Québec: la représentation sociale de la maladie mentale*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Département de sociologie, 1987, p. 40.
78. Paul-Marie Bernard, Claude Lapoynte, *Épidémiologie et biostatistique: notions de base*, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, 1980, p. 147-156.
79. *Ibid.*
80. Françoise Loux, « La médecine populaire: du profane au sacré », *Autrement*, n° 15, septembre 1978, p. 50.
81. Gilles Bibeau, Louise Pelletier, *Médecine et religions populaires*, Collection Mercure du Centre canadien d'études sur la culture traditionnelle, P. Crépeau, 1985, p. 1-27.
82. Henri Dorvil, *Autour d'un hôpital psychiatrique, op. cit.*, p. 317.
83. Louis Bainalago, *op. cit.*, p. 138-139.
84. Fernand Dumont, Jacques Dufresne, Yves Martin, « Présentation », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie, op. cit.*, p. VIII.
85. J.B. McKinlay, *op. cit.*
86. Louis Bainalago, *op. cit.*

87. *Ibid.*, p. 96.
88. Henri Dorvil, *Autour, op. cit.*, p. 312.
89. *Ibid.*
90. Claudine Herzlich, *op. cit.*
91. Louis Bainalago, *op. cit.*, p. 129-130.
92. L. Giard et P. Mayol, *L'invention du quotidien, 2/Habiter, cuisiner*, 018, 10-18, France, 1980, p. 32.
93. *Ibid.*, p. 116.
94. *Ibid.*, p. 196.
95. Louis Bainalago, *op. cit.*, p. 52-54.
96. L. Girard et P. Mayol, *op. cit.*, p. 210.
97. *Ibid.*, p. 211.
98. Louis Bainalago, *op. cit.*
99. *Ibid.*, p. 202.
100. *Ibid.*
101. *Ibid.*, p. 117-139.

CHAPITRE 3

1. Louis Bainalago, *Les perceptions de la santé et de la maladie de deux populations de Montréal*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, novembre 1983, p. 137.
2. Maria de Koninck et Louise Guyon, « Le système de la santé et sa clientèle », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec et Lyon, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 539-542.
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*, p. 542
5. *Ibid.*, p. 560.
6. Gisèle Ampleman et R. Duhaime, *Formation à l'intervention en périnatalité en milieux populaires*, Essai, Maîtrise, École de service social, Université Laval, 1986, 227 p.
7. *Ibid.*, p. 54.
8. *Ibid.*, p. 133.
9. *Ibid.*, p. 54.
10. Maurice Imbert, « Les cultures populaires: sous-produits culturels ou cultures marginalisées? », *Les cultures populaires*, Institut national d'éducation populaire, Sciences de l'homme, Privat, 1979, p. 20.
11. Jean-Claude Barthez, « Culture populaire ou culture dominée? », *Les cultures populaires*, Institut national d'éducation populaire, Sciences de l'homme, Privat, 1979, p. 20.
12. J. Bainville, cité par Paul Foulquié, *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, Presses universitaires de France, 1986, p. 76.
13. Jean-Claude Barthez, *op. cit.*, p. 44-49.
14. *Ibid.*, p. 48.
15. *Ibid.*, p. 49.
16. *Ibid.*
17. Guy Barbichon, « La diffusion des connaissances scientifiques et techniques — Aspects psycho-sociaux », *Introduction à la psychologie sociale*, sous la direction de Serge Moscovici, chapitre 12, Larousse, Paris, 1972, p. 352.
18. Jean-Claude Barthez, *loc. cit.*, p. 49.
19. Pierre Belleville, « Attitudes culturelles actuelles des travailleurs manuels », *Les cultures populaires, op. cit.*, p. 103.
20. Jean-Claude Barthez, *loc. cit.*, p. 49.
21. Michel de Certeau, *L'invention du quotidien*, Arts de faire, 10-18, France, 1980, p. 242.
22. *Ibid.*, p. 246.

23. Alfred Dumais et Johanne Lévesque, *L'Auto-santé des individus et des groupes au Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1986, p. 195.
24. *Ibid.*, p. 22.
25. *Ibid.*
26. Maria de Koninck et Louise Guyon, *op. cit.*, p. 560-561.
27. Jean-Paul Valabréga, *La relation thérapeutique, malade et médecin*, Flammarion, Paris, 1962, p. 11.
28. *Ibid.*. p. 14.
29. *Ibid.*, p. 16.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*
32. *Ibid.*, p. 26.
33. *Ibid.*, p. 28.
34. *Ibid.*, p. 34.
35. *Ibid.*, p. 47.
36. *Ibid.*, p. 57.
37. *Ibid.*
38. *Ibid.*, p. 58.
39. *Ibid.*, p. 67.
40. Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1978, p. 27.
41. *Ibid.*, p. 49.
42. *Ibid.*
43. Jean-Gil Joly, « Les tests », *Traité d'anthropologie médicale, op. cit.*, p. 599-680.
44. P.-P. Druet, P. Kemp et G. Thill, « Le rôle social de l'expert et de l'expertise », *Esprit*, oct. 1980, p. 62.
45. *Ibid.*, p. 63.
46. F. Lionnais, cité par Philippe Roqueplo, *Le partage du savoir*, Paris, Éditions du Seuil, 1974, p. 20.
47. Philippe Roqueplo, *Le Partage du pouvoir, op. cit.*, p. 58.
48. Guy Barbichon, « La diffusion des connaissances scientifiques et techniques — Aspects psycho-sociaux ». *Introduction à la psychologie sociale*, chapitre 12, p. 338.
49. P. Roqueplo, *op. cit.*, p. 58.
50. *Ibid.*, p. 69.
51. *Ibid.*, p. 147.
52. *Ibid.*, p. 151.
53. *Ibid.*, p. 154.
54. *Ibid.*, p. 160.

55. *Ibid.*, p. 160-161.
56. *Ibid.*, p. 163.
57. *Ibid.*, p. 146.
58. *Ibid.*, p. 166.
59. *Ibid.*, p. 167.
60. *Ibid.*, p. 174.
61. *Ibid.*, p. 171.
62. S. Moscovici, cité dans P. Roqueplo, *op. cit.*, p. 182.
63. P. Roqueplo, *op. cit.*, p. 182.
64. *Ibid.*, p. 112-113.
65. *Ibid.*, p. 112.
66. *Ibid.*, p. 39.
67. *Ibid.*, p. 31.
68. *Ibid.*, p. 194.
69. *Ibid.*, p. 210.
70. *Ibid.*, p. 189.
71. *Ibid.*, p. 224.
72. Guy Barbichon, *op. cit.*, p. 340.
73. *Ibid.*, p. 341.
74. *Ibid.*, p. 351.
75. *Ibid.*, p. 351-352.
76. *Ibid.*, p. 358.
77. *Ibid.*, p. 360.
78. *Ibid.*, p. 341.
79. *Ibid.*, p. 342.
80. *Ibid.*
81. *Ibid.*, p. 343.
82. *Ibid.*
83. Philippe Roqueplo, *op. cit.*, p. 53.
84. Fernand Dumont, « Le projet d'une anthropologie médicale », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, *op. cit.*, p. 17.
85. *Ibid.*, p. 3.
86. *Ibid.*, p. 24.
87. *Ibid.*, p. 28.
88. René Dubos, *L'homme et l'adaptation au milieu*, Paris, Payot, Collection Sciences de l'homme, 1973, p. 325.
89. Yvan Illich, Némésis médical, *L'expropriation de la santé*, Éditions du Seuil, 1975, p. 132.
90. Norbert Bensaïd, *La lumière médicale — les illusions de la prévention*, Paris, Seuil, 1981, p. 44.

91. *Ibid.*, p. 108.
92. *Ibid.*, p. 129.
93. Guy Perrin, « Pour une sociologie de l'organisation des soins médicaux », *Santé, Médecine et Sociologie, Colloque international de sociologie médicale*, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1978, p. 444-448.
94. Norbert, Bensaïd, *op. cit.*, p. 232.
95. *Ibid.*
96. *Ibid.*, p. 231.
97. *Ibid.*, p. 212-213.
98. *Ibid.*, p. 213.
99. *Ibid.*, p. 204.
100. *Ibid.*, p. 276.
101. Cité par Jean-F. Chanlat, « Types de sociétés, types de morbidités: la sociogenèse des maladies », *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie, op. cit.*, p. 293-300.
102. Georges Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Paris, Société d'éditions: Les Belles lettres, 2e édition, 1950, p. 119.
103. Jean-Gil Joly, « Les tests », *Traité d'anthropologie médicale, op. cit.*, p. 583.
104. Fernand Dumont, « L'idée de développement culturel: esquisse pour une psychanalyse », *Sociologie et Sociétés*, XI, 1, avril 1974, p. 23.
105. Gilles Dussault, « Professionnalisation et déprofessionnalisation », *Traité d'anthropologie médicale, op. cit.*, p. 606.
106. *Ibid.*
107. *Ibid.*, p. 605.
108. *Ibid.*
109. *Ibid.*
110. *Ibid.*, p. 606.
111. Gilles Dussault, *op. cit.*, p. 605-616.
112. *Ibid.*, p. 613.
113. *Ibid.*, p. 609.
114. *Ibid.*, p. 610.
115. Jacques Dufresne, « La santé », *Traité d'anthropologie médicale, op. cit.*, p. 1004.
116. *Ibid.*, p. 1007.
117. Yvan Illich, *op. cit.*, p. 55.

Les publications de l'IQRC*

I. La famille, les sexes, les générations

1. Denise Lemieux et Lucie Mercier. *La recherche sur les femmes au Québec: bilan et bibliographie*. Coll. « Instruments de travail » n° 5, 1982, 339 pages. 14,25 $
2. Renée Cloutier, Gabrielle Lachance, Denise Lemieux, Madeleine Préclaire et Luce Ranger-Poisson. *Femmes et culture au Québec*. Coll. « Documents préliminaires » n° 3, 1982, 107 pages. 6,00 $
3. Alain Vinet, Francine Dufresne et Lucie Vézina. *La condition féminine en milieu ouvrier: une enquête*. Coll. « Identité et changements culturels » n° 3, 1982, 222 pages. 18,50 $
4. Yolande Cohen. *Les thèses québécoises sur les femmes*. Coll. « Instruments de travail » n° 7, 1983, 124 pages. 8,00 $
5. Denise Lemieux. Les petits innocents. L'enfance en Nouvelle-France. 1985, 205 pages. 12,00 $
6. Fernand Dumont, dir. *Une société des jeunes*? 1986, 397 pages. 14,50 $
7. Marie-Marthe T. Brault. *Du loisir à l'innovation. Les associations volontaires de personnes retraitées*. Coll. « Documents de recherche » n° 15, 1987, 176 pages. 15,00 $
8. Renée B.-Dandurand et Lise Saint-Jean. *Des mères sans alliance. Monoparentalité et désunions conjugales*. 1988, 297 pages. 22,00 $
9. Renée B.-Dandurand. *Le mariage en question. Essai sociohistorique*. 1988, 190 pages. 18,00 $

---

* Le prix des publications est sujet à modification sans préavis.

10. Isabelle Perrault. *Autour des jeunes. Reconnaissance bibliographique.* Coll. « Documents de recherche » n° 17, 1988, 422 pages. 24,00 $

11. Denise Lemieux et Lucie Mercier. *Les femmes au tournant du siècle, 1880-1940. Âges de la vie, maternité et quotidien.* 1989, 398 pages. 28,00 $

II. Les communautés ethnoculturelles

1. David Rome, Judith Nefsky et Paule Obermeir. *Les Juifs du Québec — Bibliographie rétrospective annotée.* Coll. « Instruments de travail » n° 1, 1981, 319 pages. 13,00 $

2. Gary Caldwell et Éric Waddell, dir. *Les anglophones du Québec: de majoritaires à minoritaires.* Coll. « Identité et changements culturels » n° 1, 1982, 482 pages. 14,00 $

3. Gary Caldwell et Éric Waddell, editors. *The English of Quebec: from majority to minority status.* Coll. « Identité et changements culturels » n° 2, 1982, 466 pages. 14,00 $

4. Gary Caldwell. *Les études ethniques au Québec — Bilan et perspectives.* Coll. « Instruments de travail » n° 8, 1983, 108 pages. 10,50 $

5. Honorius Provost. *Les premiers Anglo-Canadiens à Québec — Essai de recensement (1759-1775).* Coll. « Documents de recherche » n° 1, 2e édition, 1984, 71 pages. 7,50 $

6. Tina Ioannou. *La communauté grecque du Québec.* Coll. « Identité et changements culturels » n° 4, 1984, 337 pages. 18,00 $

7. Pierre Anctil et Gary Caldwell. *Juifs et réalités juives au Québec.* 1984, 371 pages. 20,00 $

8. Richard Dominique et Jean-Guy Deschênes. *Cultures et sociétés autochtones du Québec. Bibliographie critique.* Coll. « Instruments de travail » n° 11, 1985, 221 pages. 19,50 $

9. Ronald Rudin. *The Forgotten Quebecers. A History of English-Speaking Quebec, 1759-1980.* 1985, 315 pages. 14,00 $

10. Ronald Rudin. *Histoire du Québec anglophone, 1759-1980.* Traduit de l'anglais par Robert Paré, 1986, 332 pages. 15,00 $

11. Denise Helly. *Les Chinois à Montréal, 1877-1950.* 1987, 315 pages. 20,00 $

12. Fernand Ouellet, dir. *Pluralisme et école. Jalons pour une approche critique de la formation interculturelle des éducateurs.* 1988, 617 pages. 30,00 $

13. Pierre Anctil. *Le rendez-vous manqué. Les Juifs de Montréal face au Québec de l'entre-deux-guerres.* 1988, 366 pages. 25,00 $

14. Pierre Anctil. *« Le Devoir », les Juifs et l'immigration. De Bourassa à Laurendeau.* 1988, 170 pages. 18,00 $

III. La culture populaire

1. Yvan Lamonde, Lucia Ferretti et Daniel Leblanc. *La culture ouvrière à Montréal (1880-1920): bilan historiographique.* Coll. « Culture populaire » n° 1, 1982, 178 pages. 9,00 $
2. Danielle Nepveu. *Les représentations religieuses au Québec dans les manuels scolaires de niveau élémentaire (1950-1960).* Coll. « Documents préliminaires » n° 1, 1982, 97 pages. 6,50 $
3. Jean-Pierre Dupuis, Andrée Fortin, Gabriel Gagnon, Robert Laplante et Marcel Rioux. *Les pratiques émancipatoires en milieu populaire.* Coll. « Documents préliminaires » n° 2, 1982, 178 pages. 9,00 $
4. Jean Bourassa. *Le travailleur minier, la culture et le savoir ouvrier.* Coll. « Documents préliminaires » n° 4, 1982, 79 pages. 5,25 $
5. Sophie-Laurence Lamontagne. *L'hiver dans la culture québécoise (XVII^e^-XIX^e^ siècles).* 1983, 197 pages. 11,50 $
6. Joseph Laliberté. *Agronome-colon en Abitibi.* Coll. « Littérature quotidienne » n° 1, 1983, 157 pages. 12,00 $
7. Benoît Lacroix et Jean Simard. *Religion populaire, religion de clercs?* Coll. « Culture populaire » n° 2, 1984, 444 pages. 22,00 $
8. Benoît Lacroix et Madeleine Grammond. *Religion populaire au Québec. Typologie des sources — Bibliographie sélective (1900-1980).* Coll. « Instruments de travail » n° 10, 1985, 175 pages. 15,00 $
9. Andrée Fortin. *Le Rézo. Essai sur les coopératives d'alimentation au Québec.* Coll. « Documents de recherche » n° 5, 1985, 282 pages. 17,00 $
10. Jean-Pierre Dupuis. *Le ROCC de Rimouski. La recherche de nouvelles solidarités.* Coll. « Documents de recherche » n° 6, 1985, 282 pages. 17,00 $
11. Centre populaire de documentation de Montréal. *Le choc du passé. Les années trente et les sans travail. Bibliographie sélective annotée.* Coll. « Documents de recherche » n° 11, 1986, 186 pages. 15,00 $
12. Yvan Lamonde et Raymond Montpetit. *Le parc Sohmer de Montréal, 1889-1910. Un lieu populaire de culture urbaine.* 1986, 231 pages. 17,00 $
13. Thérèse Beaudoin. *L'été dans la culture québécoise, XVII^e^-XIX^e^ siècles.* Coll. « Documents de recherche » n° 10, 1987, 235 pages. 20,00 $
14. Gabriel Gagnon et Marcel Rioux. *À propos d'autogestion et d'émancipation. Deux essais.* 1988, 190 pages. 17,00 $
15. Madeleine Gauthier. *Les jeunes chômeurs. Une enquête.* Coll. « Documents de recherche » n° 18, 1988, 302 pages. 18,00 $

IV. La création et la diffusion de la culture

1. Jean-Robert Faucher, André Fournier et Gisèle Gallichan. *L'information culturelle dans les médias électroniques*. Coll. « Diagnostics culturels » n° 1, 1981, 167 pages. 7,00 $
2. Angèle Dagenais. *Crise de croissance : le théâtre au Québec*. Coll. « Diagnostics culturels » n° 2, 1981, 73 pages. 5,00 $
3. Yvan Lamonde et Pierre-François Hébert. *Le cinéma au Québec — Essai de statistique historique (1896 à nos jours)*. Coll. « Instruments de travail » n° 2, 1981, 481 pages. 18,00 $
4. François Colbert. *Le marché québécois du théâtre*. Coll. « Culture savante » n° 1, 1982, 112 pages. 8,00 $
5. Jean-Pierre Charland et Nicole Thivierge. *Bibliographie de l'enseignement professionnel au Québec (1850-1980)*. Coll. « Instruments de travail » n° 3, 1982, 284 pages. 14,00 $
6. Vivian Labrie. *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Coll. « Instruments de travail » n° 4, 1982, 220 pages. 11,00 $
7. Sylvie Tellier. *Chronologie littéraire du Québec*. Coll. « Instruments de travail » n° 6, 1982, 352 pages. 18,50 $
8. Jean-Pierre Charland. *Histoire de l'enseignement technique et professionnel*. 1982, 485 pages. 25,50 $
9. Nicole Thivierge. *Écoles ménagères et instituts familiaux : un modèle féminin traditionnel*. 1982, 478 pages. 25,50 $
10. Yvan Lamonde. *L'imprimé au Québec : aspects historiques (18e-20e siècles)*. Coll. « Culture savante » n° 2, 1983, 370 pages. 18,00 $
11. Yvan Lamonde. *Je me souviens. La littérature personnelle au Québec (1860-1980)*. Coll. « Instruments de travail » n° 9, 1983, 278 pages. 17,00 $
12. Claude Savary, dir. *Les rapports culturels entre le Québec et les États-Unis*. 1984, 353 pages. 17,00 $
13. Pierre Lavoie. *Pour suivre le théâtre au Québec. Les ressources documentaires*. Coll. « Documents de recherche » n° 4, 1985, 521 pages. 22,00 $
14. Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin. *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985, XVII-1 245 pages. 59,95 $
15. Léon Bernier et Isabelle Perrault. *L'artiste et l'oeuvre à faire*. « La pratique de l'art 1 », 1985, 518 pages. 30,00 $
16. Marcel Fournier. *Les générations d'artistes* suivi d'entretiens avec Robert Roussil et Roland Giguère. « La pratique de l'art 2 », 1986, 202 pages. 18,00 $

17. Yvan Lamonde et Esther Trépanier. *L'avènement de la modernité culturelle au Québec*, 1986, 320 pages. 24,50 $

18. Vivian Labrie. *ABC: Trois constats d'alphabétisation de la culture*. 1986, 246 pages. 29,00 $

19. Maurice Lemire, dir. *L'institution littéraire*. IQRC et CRELIQ, 1986, 217 pages. 19,50 $

20. Alfred Dumais et Johanne Lévesque. *L'auto-santé. Des individus et des groupes au Québec*. 1986, 223 pages. 17,00 $

21. Gabrielle Lachance, dir. *Mémoire d'une époque. Un fonds d'archives orales au Québec*. Coll. « Documents de recherche » n° 12, 1987, 251 pages. 16,00 $

22. Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel. *Sciences et médecine au Québec: perspectives sociohistoriques*. 1987, 212 pages. 20,00 $

23. Maurice Lemire, dir., avec la collaboration de Pierrette Dionne et Michel Lord. *Le poids des politiques. Livres, lecture et littérature*. 1987, 191 pages. 18,00 $

24. Vivian Labrie. *Alphabétisé-e-s! Quatre essais sur le savoir-lire*. 1987, 270 pages. 30,00 $

25. Claude Galarneau et Maurice Lemire, dir. *Livre et lecture au Québec, 1800-1850*. 1988, 270 pages. 22,00 $

V. Les régions du Québec

1. Jules Bélanger, Marc Desjardins et Yves Frenette. *Histoire de la Gaspésie*. Coll. « Les régions du Québec », Montréal, Boréal Express, 1981, 807 pages. 29,95 $

2. Jean-Claude Marsan. *Montréal, une esquisse du futur*. 1983, 325 pages. 15,00 $

3. André Dionne. *Bibliographie de l'île Jésus*. Coll. « Documents de recherche » n° 2, 1983, 324 pages. 18,50 $

4. Serge Gauthier et collaborateurs. *Bibliographie de Charlevoix*. Coll. « Documents de recherche » n° 3, 1984, 320 pages. 18,00 $

5. Serge Gauthier et collaborateurs. *Guide des archives de Charlevoix*. 1985, VIII-97 pages. 6,00 $

6. Serge Laurin et Richard Lagrange. *Bibliographie des Laurentides*. Coll. « Documents de recherche » n° 7, 1985, 370 pages. 18,00 $

7. Yves Hébert. *Bibliographie de la Côte-du-Sud*. Coll. « Documents de recherche » n° 8, 1986, 339 pages. 18,00 $

8. Guy Gaudreau. *L'exploitation des forêts publiques au Québec, 1842-1900*. 1986, 126 pages. 11,00 $

9. Yves Beauregard. *Bibliographie du Centre du Québec et des Bois-Francs*. Coll. « Documents de recherche » n° 9, 1986, 495 pages. 25,00 $

10. Marc Desjardins. *Bibliographie des Îles-de-la-Madeleine*. Coll. « Documents de recherche » n° 13, 1987, 281 pages. 20,00 $

11. Daniel Tessier *et al.* *Bibliographie de Lanaudière*. Coll. « Documents de recherche » n° 14, 1987, 270 pages. 20,00 $

12. Antonio Lechasseur avec la collaboration de Jacques Lemay. *Municipalités et paroisses du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Populations et limites territoriales 1851-1980*. 1987, 51 pages, 5 microfiches (Bas-Saint-Laurent, 563 p., Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine, 304 p.). 10,00 $

13. Marc Desjardins. *Bibliographie de la Gaspésie*. Coll. « Documents de recherche » n° 16, 1987, 436 pages. 24,00 $

14. Françoise de Montigny-Pelletier et Andrée Raiche-Dussault. *Bibliographie de la Rive-Sud de Québec (Lévis - Lotbinière)*. Coll. « Documents de recherche » n° 19, 1989, 263 pages. 20,00 $

VI. Hors chantier

1. Paul Aubin. *Bibliographie de l'histoire du Québec et du Canada (1966-1975)*. 2 tomes — 1981, 1 425 pages, 22 000 titres. 60,00 $

2. Gabrielle Lachance. *La culture contemporaine face aux industries culturelles et aux nouvelles technologies*. Rapport-synthèse, Rencontre franco-québécoise sur la culture, Québec-Montréal, du 4 au 8 juin 1984, 145 pages. 7,00 $

3. *Statistiques culturelles du Québec (1971-1982)*. 1985, XLII-932 pages. 45,00 $

4. Paul Aubin et Louis-Marie Côté. *Bibliographie de l'histoire du Québec et du Canada/Bibliography of the History of Quebec and Canada (1976-1980)*. 2 tomes — 1985, LXIV-1 316 pages, 20 000 titres. 60,00 $

5. Jean-Paul Baillargeon, dir. *Les pratiques culturelles des Québécois. Une autre image de nous-mêmes*. 1986, 394 pages. 19,50 $

6. Paul Aubin et Louis-Marie Côté. *Bibliographie de l'histoire du Québec et du Canada/Bibliography of the History of Quebec and Canada (1946-1965)*. 2 tomes — 1987, LXXVII-1 396 pages, 22 000 titres. 60,00 $

VII. Collection Questions de culture

1. Fernand Dumont, dir. *Cette culture que l'on appelle savante*. 1981, 190 pages. 15,00 $

2. Fernand Harvey et Gary Caldwell, dir. *Migrations et communautés culturelles*. 1982, 159 pages. 15,00 $

3. Fernand Dumont, dir. *Les cultures parallèles*. 1982, 172 pages. 15,00 $

4. Jean-Charles Falardeau, dir. *Architectures: la culture dans l'espace*. 1983, 210 pages. 15,00 $

5. Yvan Lamonde, dir. *Les régions culturelles*. 1983, 189 pages. 12,00 $
6. Madeleine Préclaire, dir. *La culture et l'âge*. 1984, 198 pages. 12,00 $
7. Gabrielle Lachance, dir. *La culture: une industrie?* 1984, 216 pages. 12,00 $
8. Pierre Anctil, Léon Bernier et Isabelle Perrault, dir. *Présences de jeunes artistes*. 1985, 190 pages. 12,00 $
9. Denise Lemieux, dir. *Identités féminines: mémoire et création*. 1986, 199 pages. 12,00 $
10. Gabriel Dussault, dir. *L'État et la culture*. 1986, 173 pages. 12,00 $
11. Thérèse Hamel et Pierre Poulin, dir. *Devenir chercheur-e: itinéraires et perspectives*. 1986, 185 pages. 12,00 $
12. Madeleine Gauthier, dir. *Les nouveaux visages de la pauvreté*. 1987, 258 pages. 18,50 $
13. Renée B.-Dandurand, dir. *Couples et parents des années quatre-vingt*. 1987, 284 pages. 20,00 $
14. Gladys L. Symons, dir. *La culture des organisations*. 1988, 220 pages. 18,00 $
15. Gilles Pronovost et Daniel Mercure, dir. *Temps et société*. 1989, 258 pages. 20,00 $

VIII. Collection Diagnostic

1. Laurent Laplante. *Le suicide*. 1985, 126 pages. 9,95 $
2. Jacques Dufresne. *La reproduction humaine industrialisée*. 1986, 126 pages. 9,95 $
3. Gérald LeBlanc. *L'école, les écoles, mon école*. 1986, 110 pages. 9,95 $
4. Jean Blouin. *Le libre-échange vraiment libre?* 1986, 135 pages. 9,95 $
5. Jacques Dufresne. *Le procès du droit*. 1987, 127 pages. 9,95 $
6. Michel Plourde. *La politique linguistique au Québec (1977-1987)*. 1988, 143 pages. 9,95 $
7. Vincent Lemieux. *Les sondages et la démocratie*. 1988, 122 pages. 9,95 $
8. Laurent Laplante. *L'université. Questions et défis*. 1988, 141 pages. 9,95 $

IX. Collection Edmond-de-Nevers

1. Lucie Robert. *Le manuel d'histoire de la littérature canadienne de Mgr Camille Roy*. 1982, 198 pages. 11,00 $
2. Réal Brisson. *La charpenterie navale à Québec sous le régime français*. 1983, 320 pages. 19,50 $

3. Hélène Lafrance. *Yves Thériault et l'institution littéraire québécoise*. 1984, 174 pages. 13,50 $
4. Hélène Laforce. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. 1985, 237 pages. 19,50 $
5. Michel Sarra-Bournet. *L'Affaire Roncarelli. Duplessis contre les Témoins de Jéhovah*. 1986, 196 pages. 18,00 $
6. Denis Goulet. *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*. 1987, 139 pages. 20,00 $
7. Hélène Bédard. *Les Montagnais et la réserve de Betsiamites (1850-1900)*. 1988, 149 pages. 20,00 $
8. Robert Laliberté. *L'imaginaire politique de Victor Segalen*. 1989, 152 pages. 20,00 $

X. Rapports de recherche et manuscrits à diffusion*

1. Louise Rondeau. *Le récit de fin du monde: orientations méthodologiques de recherche*. Québec, IQRC, 1982, 70 pages.
2. Michelle Trudel-Drouin. *Vie quotidienne en Nouvelle-France: un choix de textes*. Montréal, IQRC, 1982, 166 pages.
3. Paule Chouinard. *Anthologie de poèmes québécois sur les saisons*. Montréal, IQRC, 1983, 1 350 pages.
4. Mireille Perreault. *Marchandisation, industrialisation de la culture*. Rimouski, IQRC, 1983, 72 pages.
5. Carmen Quintin. *Les pratiques émancipatoires dans deux coopératives d'habitation de la région montréalaise*. Montréal, IQRC, 1983, 124 pages.
6. Gary Caldwell, Paule Obermeir *et al. Out-migration of 1971 English Mother-tongue High School Leavers from Quebec: eleven years after*. Lennoxville, IQRC et Anglo Quebec en Mutation Committee, 1984, 37 pages.
7. Gabrielle Lachance. Le rapport industrie/culture. 1987, 5 cahiers. I. L'artisanat et les métiers d'art, 38 p. II. Les arts d'interprétation, 38 p. III. Le cinéma, 40 p. IV. Le livre, 40 p. V. Quelques indications bibliographiques, 38 p.

* disponibles sur demande à l'IQRC, 14, rue Haldimand, Québec, G1R 4N4 (418) 643-4695.

XI. Banques de données sur support informatique

1. Jean-Pierre Chalifoux. *Le livre et la lecture au Québec au XX^e siècle*. Montréal, IQRC, 1982, (8 000 titres)**.
2. Paul Aubin et collaborateurs. *HISCABEQ. Bibliographie de l'histoire du Québec et du Canada (1946-1980)*. Montréal, IQRC, 1981, (70 000 titres - mise à jour trimestrielle)***.

XII. Documents audio-visuels*

1. Arthur Lamothe. Culture amérindienne. Archives. (Vingt documents produits par les Ateliers audio-visuels du Québec.)

---

* disponibles sur demande à l'IQRC, 14, rue Haldimand, Québec, G1R 4N4 (418) 643-4695.

** accessible sur demande à La Centrale des bibliothèques, 1685, rue Fleury est, Montréal, H2C 1T1 (514) 381-8891.

*** pour s'abonner à HISCABEQ, communiquer avec IST-Informathèque Inc.
Service d'assistance technique:

Code régional	Numéro à composer
514	383-1611
418, 514, 613, 819, 416, 519, 705, 506, 902	1-800-361-4777

SANTÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Un problème de distance culturelle

GINETTE PAQUET

ISBN 2-89224-129-4